FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N° 598

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Henri, Raymond HIRTZ

né le 15 août 1937 à Anvers (Belgique)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'UTILISATION CURATIVE ET PREVENTIVE DE L'OPERATION DE CHILDS ET PHILLIPS

Président : Mr ROUX, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE · PARIS-Ve

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1966

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ETAT

PAR

Henri, Raymond HIRTZ

né le 15 août 1937 à Anvers (Belgique)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'UTILISATION CURATIVE ET PREVENTIVE DE L'OPERATION DE CHILDS ET PHILLIPS

Président : Mr ROUX, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE - PARIS-Ve

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

1/1/1966

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN	Georges BROUET.
1er ASSESSEUR	Daniel BARGETON
2e ASSESSEUR	Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.) / RICHET (G.)
Physiologie	DEJOURS (P.) / ROUCAYROL (J.-Cl.) / SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.) / TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	N...
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)		HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Lariboisière	SÈZE (S. de)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) **Professeurs à titre personnel :**

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELCARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque. Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes parents

Qu'ils trouvent ici un modeste témoignage de ma profonde affection et de mon immense reconnaissance.

A ma femme,

A mes amis.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544322_0013

A Monsieur le Professuer M. ROUX,
Professeur de Clinique Thérapeutique Chirurgicale
a la Faculté de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Avec mes remerciements de profond respect et de vive reconnaissance pour tout ce qu'il m'a enseigné pendant les six mois où j'ai eu le bonheur d'être son interne.

A Monsieur le Docteur J.P. CALVET
Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Pour l'aide qu'il a bien voulu apporter à l'élaboration de ce travail.

Avec toute ma reconnaissance pour l'expérience chirurgicale dont il a bien voulu me faire bénéficier pendant les six mois où j'ai eu la chance d'être son interne.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX.

EXTERNAT :

Monsieur le Professeur Jean QUENU,
Monsieur le Professeur BROUET,
Monsieur le Professeur de GENNES,
Monsieur le Docteur LEGRAIN,
Monsieur le Professeur Agrégé BOUR,
Monsieur le Docteur SIGUIER.

INTERNAT :

Monsieur le Professeur Agrégé MEYER,
Monsieur le Docteur CHAMPEAU,
Monsieur le Professeur ROUX,
Monsieur le Docteur CALVET,
Monsieur le Docteur FRILEUX,
Monsieur le Professeur Agrégé PERROTIN,
Monsieur le Professeur KUSS.

A Messieurs les DOCTEURS

ARSAC, BOULAKIA, CHATIGNOUX, DUPOUX, FELLUS, HAUTEFEUILLE, JULLIARD, KRIVINE, PILLOT, PINEAU, SETBON, STROZ, VAYRE.

I N T R O D U C T I O N

L'opération de CHILDS et PHILLIPS introduite en France par la communication de Claude RICHARD à l'Académie de Chirurgie le 1er Mars 1961, apportait une simplification à l'opération de NOBLE dans le traitement des occlusions récidivantes par brides ou des occlusions par péritonites encapsulantes.

Son utilisation peut être étendue dans un but prophylactique en complément d'une intervention abdominale majeure pour prévenir certaines complications post-opératoires. Notre but est de faire une étude critique tant de son utilisation curative que prophylactique, basée sur 35 observations recueillies dans le service hospitalier , ainsi que dans la pratique privée de notre Maître le Docteur J.P. CALVET.

H I S T O R I Q U E

L'opération de CHILDS et PHILLIPS a été mise au point en 1958 et présentée par les auteurs dans une publication des "ANNALS OF SURGERY" en Août 1960.

C'était la simplification logique de l'opération que Th. B. NOBLE avait mise au point il y a un demi siècle au cours de la guerre de 1914, lorsqu'il faut amené lors de la campagne de Belgique à soigner de nombreux blessés de l'abdomen. Ces plaies de l'abdomen s'infectaient rapidement et constituaient dès les premières 24 heures passées, des foyers disséminés de péritonites localisées, limitées par des anses grêles agglutinées, responsables de phénomènes occlusifs.

Il eut l'idée de transformer "ces adhérences anachiques, incontrôlables, gênantes, occlusives en adhérences dirigées, ordonnées, inoffensives" et créa sa technique de plicature des anses grêles.

Sur 1300 interventions pratiquées une seule réintervention fut nécessaire.

Ce travail resta longtemps dans l'oubli, seul J.C. REYMOND, y fit allusion dans un court article du Journal du Praticien du 23 Juin 1949.

C'est à la séance du 17 Juin 1951 de l'Académie de Chirurgie que Messieurs Jean QUENU et Georges THOMERET publient les 9 premières observations d'opérations de NOBLE pratiquées en FRANCE.

C'est à l'occasion d'un débat à l'Académie de Chirurgie en 1956 qu'affluèrent les rapports qui permirent d'avoir une

idée précise sur les suites éloignées de l'opération de NOBLE.

Monsieur Sylvain BLONDIN clôture la discussion au cours de la séance du 13 Juin 1956 : "de cette enquête l'opération de NOBLE ne paraît pas sortir entièrement victorieuse, ni entièrement condamnée".

En Août 1960, CHILDS et PHILLIPS présentent leur technique, nouvelle et astucieuse méthode d'application de l'idée de NOBLE.

Cette technique est présentée par Monsieur Claude RICHARD dans un rapport de Monsieur J.L. LORTAT JACOB à la séance du 1er Mars 1961 de l'Académie de Chirurgie.

Depuis plusieurs publications françaises ont été faites notamment :

- par FORSTER et RICHARD dans les Annales de Chirurgie de Février 1963,
- par GAUTIER et QUANDALLE dans le "Lille Chirurgical", n° 4, 1964.

Enfin, un récent article américain de SCHARF et MAC CARTHY dans Surgery, gynécology and obstetrics de Décembre 1965, propose encore une simplification de la technique.

DESCRIPTION DE L'INTERVENTION

L'opération de CHILDS et PHILLIPS est une intervention visant à prévenir les occlusions post-opératoires dues à la formation d'adhérences anarchiques entre les anses grêles elles-mêmes ou avec le péritoine pariétal.

Ses auteurs proposent, après avoir libéré la totalité du grêle, reséqué éventuellement les anses trop lésées, ou suturé des plaies limitées, de ranger les anses grêles en accordéon et de les maintenir dans cette position par une fixation qui porte non plus sur les anses elles-mêmes, mais sur le mésentère.

"Le grêle est libéré de ses adhérences dans sa totalité comme dans le NOBLE original. Les anses sont ensuite rangées en boucle d'environ 8 pouces de long. Puis une longue aiguille, chargée d'un fil de soie n° 2, est passée à travers le feuillet mésentérique de chaque boucle en un point situé à environ 3 mm de l'insertion mésentérique du grêle. Après avoir traversé le mésentère de chaque boucle, on retourne l'aiguille et on traverse successivement dans l'ordre inverse tous les feuillets mésentériques à 3 cm du point d'émergence. Le fil est noué sans tension pour éviter toute possibilité d'étranglement, bien que ceci n'est jamais paru poser un problème. Il faut habituellement trois fils, un à chaque extrêmité des boucles, et un au milieu. Le temps nécessaire à plicaturer la totalité du grêle n'excède pas le 10 minutes.

Les auteurs firent une expérimentation sur le porc. Une fois les détails mis eu point, la technique fut appliquée à l'homme et la première publication portant sur 7 cas ne faisait

état d'aucune complication.

Le décès d'un malade atteint de lymphosarcome abdominal un mois après l'intervention permit un contrôle de la plicature qui était intacte.

"Ces malades présentèrent, écrivent CHILDS et PHILLIPS moins de troubles que ceux qui furent opérés par le procédé de NOBLE ; les petites crampes post-prandiales furent bien moins marquées".

TECHNIQUE CHIRURGICALE

Le premier temps, lorsque cette intervention est pratiquée pour une occlusion post-opératoire tardive, c'est la libération complète de tout le grêle.

On dispose les anses grêles en accordéon sur une largeur maximum possible pour la réintégration dans la cavité abdominale entre colon ascendant et descendant, soit environ 20 à 30 cms. Certains ont proposé de les ranger suivant une longueur inégale d'abord croissante, puis décroissante pour réaliser un ensemble en forme de ballon de rugby. Pour maintenir les anses avant de passer les points, certains proposent de les maintenir accolées par des pinces non traumatisantes. Néanmoins, on risque de léser les tuniques intestinales et le procédé le plus simple est de les maintenir par deux petits champs abdominaux placés latérallement.

Le premier jambage de la première anse est laissé libre pour éviter une coudure trop marquée de l'angle duodéno-jénunal qui risquerait d'être occlusive.

De même, les derniers cms de l'iléon terminal seront laissés libres.

Un certain nombre de points sont à préciser :

1 - Le nombre de fils :

Les techniques de fixation ont varié. La description initiale de CHILDS et PHILLIPS comportait trois anses passées au milieu et à chaque extrêmité des jambages, les brins de chaque

anse étant séparés de 3 cms. Certains auteurs ont publié des observations avec 4 fils passés. Un certain nombre de cas analysés dans ce travail ont été effectués avec deux anses, une à chaque extrêmité des jambages du grêle.

De toute façon, les points extrêmes doivent être placés très près des extrêmités des jambages.

2 - Nature des fils :

Il semble logique d'utiliser du fil non résorbable, car on ne connaît pas la durée nécessaire à l'accolement définitif des feuillets péritonéaux, ni la durée que demande la résorption des fils de catgut.

Au début, nous avons utilisé le nylon, mais on peut craindre l'utilisation d'un fil non résorbable pour deux raisons :

- d'une part, le nylon forme corps étranger dans la cavité péritonéale, et il risque d'entraîner des accidents septiques ou d'intolérance surtout lorsque les CHILDS sont effectués dans les péritonites généralisées ;
- d'autre part, le fil non résorbable peut jouer le rôle d'un fil à couper le beurre, ce que tend à prouver une observation de la littérature (obs. n° 23 de l'art. de FORSTER et RICHARD - Annales de Chirurgie, Vol. 17, n° 3-4).

C'est pourquoi, depuis deux ans, nous utilisons du catgut chromé n° 2 qui présente des avantages certains : matériau solide, bien toléré, restant intact assez longtemps puisque nous l'avons retrouvé dans deux réinterventions et le résultat escompté avait été obtenu - Observations n° 14 (catgut intact après 2 mois) et 23.

3 - Le point de passage des fils :

CHILDS et PHILLIPS conseillent de passer les fils à 3 mms du bord mésentérique de l'anse. La raison invoquée est qu'en passant les fils au delà de la dernière arcade bordante, même en cas de serrage poussé des fils on ne risque d'interrompre qu'un nombre limité de vaisseaux droits et que les suppléances

du réseau sous-nuqueux sont suffisantes pour supprimer tout risque ischiémique.

Mais ce mode de passage des fils a quatre inconvénients :

a - on risque en cas de méso gras, de mal voir le bord mésentérique de l'anse qui est véritablement masqué par une jante graisseuse et on a ainsi un risque de traumatiser une anse et de créer des fistules liées à l'intervention ;

b - plus on se rapproche de l'anse, les ramifications étant à ce niveau plus fines et plus nombreuses, plus on risque de léser des petits vaisseaux et d'entraîner des hématomes ;

c - on obtient un bouquet d'anses dont les plus hautes et les plus basses ont tendance à s'éverser et les mésos des anses extrêmes, amarées de très court, risquent sous leur sollicitation péristaltique, de couper sur les fils ;

d - enfin, si l'on utilise un fil non résorbable comme il forme corps étranger dans la cavité abdominale, quand il est situé près de l'anse, il a tendance à migrer dans la lumière intestinale.

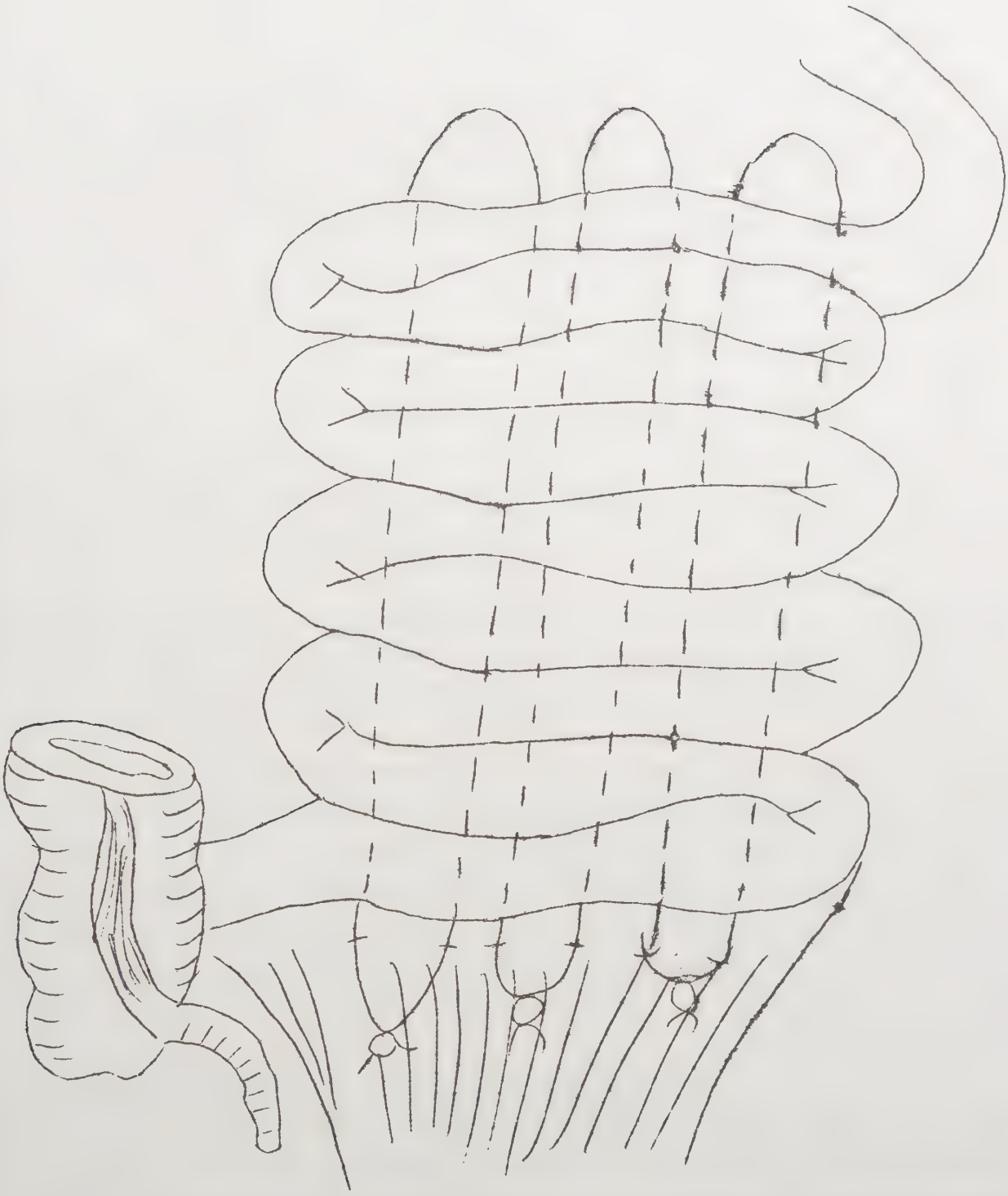
Nous passons nos fils plus à distance du bord mésentérique, à 3 cms ou même plus, et nous ne tenons plus compte de la position de l'arcade bordante dont la distance varie de façon considérable selon qu'il s'agisse des anses jéjunales ou iléales.

Nous ne croyons pas qu'il existe de risque ischiémique sérieux car les fils sont modérément serrés en gardant un doigt à chaque extrêmité de l'anse. D'ailleurs, nous n'avons jamais observé de modification dans la coloration des anses.

De cette manière, les anses restent libres, attachées de court par un méso de trois cms. Rien n'entrave le péristaltisme des anses. Elles sont groupées en un bouquet, chacune d'elles gardant son autonomie. Il n'y a pas de tiraillement entre l'anse d'amont et l'anse d'aval comme on en voyait dans le NOBLE.

Les fils seront donc passés tantôt en amont, tantôt en aval de l'arcade bordante. On place le scialytique de façon à voir par transillumination les vaisseaux du mésentère.

Les fils sont passés à 3 ou 4 cms
du bord mésentérique du grêle



Ce schéma montre la disposition des anses dont on laisse libre la partie initiale de la 1ère anse et les derniers cms de l'iléon terminal.

Une variante du plan de passage des fils est utilisée par André TOUPET qui conseille de passer des points en U non pas parallèlement aux anses,mais perpendiculairement, ce qui évite à coup sûr, de léser les vaisseaux droits par le serrage.

Le passage des fils est facilité par un instrument adapté. L'instrument idéal serait une aiguille mousse de 20 à 25 cms sertie.

On pourra utiliser à défaut, un passe-fil, voire même une aiguille de Reverdin droite, longue, sur laquelle on enfilera chaque demi-cornet mésentérique.

Le double passe-fil proposé par GAUTIER et QUANDALLE, de conception très ingénieuse, nous semble dangereux, la disposition des vaisseaux droits, et leur écartement variant d'un feuillet à l'autre, de telle manière que nous craignons que cette traversée simultanée des deux fils n'entraîne une déchirure du méso ou des lésions vasculaires.

4 - Le serrage des fils doit être modéré pour ne pas couper le méso plus encore que pour éviter l'ischiémie qui serait modérée, l'écartement des deux brins de chaque anse ne dépassant pas 2 cms.

Nous serrons les fils en maintenant un volant de un doigt passé à chaque extrêmité de l'anse ou de deux doigts à une extrêmité. Une simplification de la technique a encore été publiée récemment par SCHARF et MAC CARTHY dans S.G.O. Vol. 121, n° 6 de Déc. 65. Ils passent trois fils simples, un au milieu et un à chaque extrêmité des jambages et les nouent les uns aux autres réalisant une sorte de 8 horizontal.

- INCONVENIENTS DE L'OPERATION DE NOBLE.

Du point de vue général d'abord : "l'opération de NOBLE, par sa longueur, la minutie qu'elle exige, et aussi les lésions qui la font entreprendre n'est pas sans gravité" (Syl. Blondin).

Sans aller jusqu'à dire comme M. BARANGER qu'elle nécessite "une patience et des soins à la limite de beaucoup de tempéraments chirurgicaux" nous devons bien remarquer entre autres

4 cas mortels où l'anesthésie prolongée a joué un rôle important (MIALARET) ; de plus, il est logique d'hésiter à pratiquer un "NOBLE" après une libération laborieuse de tout l'intestin grêle chez un sujet déjà fatigué en occlusion chronique et porteur d'une tare cardiaque ou respiratoire importante, sans parler du "NOBLE" pratiquée d'urgence dans les conditions dramatiques de certaines occlusions post-opératoires.

Aussi, malgré les meilleures conditions d'anesthésie et de préparation, le facteur longueur de l'intervention ne peut-il toujours être considéré comme secondaire sur de tels terrains.

C'est cependant sur l'évolution locale de l'accolement intestinal qu'il faut insister plus particulièrement.

En effet, un certain nombre de fistules ont été signalées, certaines ayant évolué favorablement, d'autres vers la mort. Le mécanisme de ces fistules est facile à comprendre. En effet, un grêle à parois oedématiées et succulentes s'accomode mal de sutures soumises à des mouvements antagonistes dus au péristaltisme.

Ces tiraillements peuvent provoquer des déchirures et des fistules surtout lorsque le "NOBLE" est pratiqué au cours d'une péritonite.

Le devenir tardif de ces sutures, qu'elles soient faites par points séparés ou surjets a montré la possibilité de complications :

- désaccolements partiels ou totaux (J. GOSSET ; ZAGDOUN),
- brides en ficelle (QUENU ; THOMERET),
- volvulus secondaires.

THOMERET a bien insisté sur le fait qu'une occlusion reste possible après un "NOBLE".

On considérait même que lorsque les zones dépéritonisées du grêle n'étaient pas trop étendues, il était préférable de pratiquer une ou même plusieurs résections intestinales plutôt qu'un accolement.

On voit d'emblée que toutes ces critiques disparaissent dans l'opération de CHILDS et PHILLIPES :

- elle est courte et simple. Il faut à peine un quart d'heure pour faire la plicature du mésentère, la longueur de l'intervention dépendant de la durée de la libération du grêle ou de l'intervention précédant la plicature faite à titre prophylactique ;
- tous les dangers dus aux sutures des parois intestinales disparaissent et les seuls cas de fistule du grêle après CHILDS, comme nous le verrons ultérieurement, sont dus à des plaies du grêle lors de la libération dont la réparation a été inefficace ;
- la discussion entre fixation partielle ou totale ne se pose plus. Elle est obligatoirement totale car la technique employée se concevrait mal sur une simple portion du mésentère, le risque d'occlusion secondaire devenant alors important ;
- le risque défaut d'accolement des anses, la formation de brides en pont sous-tendues par des fils de surjet disparaît puisqu'on ne cherche pas l'accolement des anses, mais du mésentère "véritable arthrodèse mésentérique" ; les anses grêles gardent une liberté complète pour leurs mouvements péristaltiques.

MATERIEL D'ETUDE

Nous allons maintenant étudier les observations que nous avons pu recueillir tant dans le service du Docteur J.P. CALVET que dans sa pratique privée et celle de ses assistants.

Nous avons divisé ces observations en trois groupes :

- 1er groupe : Opérations de CHILDS pratiquées pour le traitement d'occlusions récidivantes ou d'occlusions post-opératoires tardives par adhérences étendues et multiples.
- 2ème groupe : Opérations de CHILDS pour complications post-opératoires précoces :
  - occlusions,
  - péritonites,
  - fistules,
- 3ème groupe : Opérations de CHILDS à visée prophylactique comme temps complémentaire d'une intervention abdominale.

Le premier groupe est constitué par les indications classiques pourlesquelles cette intervention a été mise au point.

Nous en avons 6 cas qui se décomposent ainsi :

- 3 occlusions secondaires à des appendicites dont deux péritonites,
- 1 occlusion après intervention pour accident du diverticule de Meckel,
- 1 occlusion par péritonite encapsulante ou fibro-adhésive après amputation du rectum pour cancer,
- 1 occlusion d'étiologie curieuse : péritonite encapsulante chez un malade aux anticoagulants.

Le deuxième groupe est constitué par des CHILDS pratiqués lors de réinterventions précoces pour complications immédiates :

- une péritonite par lachage de suture du grêle pour phlegmon pyostercoral ;
- deux fistules avec occlusion après colectomies gauches,
- cinq occlusions précoces :
  - 1 après hémicolectomie gauche,
  - 3 après intervention sur le petit bassin,
  - 1 après gastrectomie.

Le troisième groupe est constitué par des CHLILDS pratiqués de principe dans un but prophylactique. Ils sont au nombre de 21.

Nous incluons dans ce groupe les occlusions tardives par bride unique avec grêle non dépéritonisé de façon importante ou la simple libération de l'agent occlusif aurait pu suffire.

Nous avons dans ce groupe 21 observations qui se répartissent ainsi :

- Chirurgie du colon et du rectum :
  - colectomies gauches pour sigmoïdite — 4 cas
  - proctocolectomies gauches pour cancer du rectum — 3 cas
  - anastomose interne pour cancer plurifocal du colon avec métastases multiples — 1 cas
  - cancer du colon droit — 1 cas
  - cancer métastatique du colon — 1 cas
  - colectomie totale pour rectocolite ulcéro-hémorragique — 1 cas
  - fistule sigmoïdienne par sigmoïdite — 1 cas
  - caecopexie pour mobilité anormale du caecum avec mésentérite — 1 cas
- Chirurgie du pancréas :
  - pancréatectomie gauche pour faux kyste du pancréas — 1 cas

- Chirurgie gynécologique :
    - récidive de grossesse extra-utérine 1 cas
    - péritonite post-abortum 1 cas
    - péritonite par rupture de pyo-salpynx 2 cas
- Chirurgie de l'occlusion :
    - par bride 2 cas
    - par éventration étranglée 1 cas

Nous allons maintenant passer à l'étude de ces observations.

I - LES OPERATIONS DE CHILDS POUR OCCLUSIONS TARDIVES PAR ADHERENCES ETENDUES.

- Observation n° 1 - Monsieur Tru... :

Intervention en 1961 pour une appendicite perforée dont les suites se sont compliquées d'une péritonite occlusive ayant nécessité plusieurs réinterventions.

Après 4 années de calme s'est développé un syndrome occlusif subaigu avec, sur le transit du grêle, une dilatation élective du grêle terminal. Chaque épisode aigue cède au traitement médical par aspiration et rééquilibration, mais devant la répétition des accidents, l'indication opératoire est posée.

Intervention (30.9.64) :

Reprise de la médiane. Il existe un peloton iléal considérable incluant 60 cms de grêle contourné ; il est surprenant qu'un transit soit malgré tout maintenu.

Libération complète du grêle.

Plicature mésentérique par 3 points de Catgut chromé 2.

Paroi catgut Plastofil.

La reprise du transit s'effectue au 4ème jour et les premières selles sont évacuées le 5ème jour.

Un transit du grêle est pratiqué le 16ème jour qui montre des anses régulièrement disposées avec progression rapide atteignant le caecum en 4 heures (photo n° 1).

Commentaire : cette intervention est un succès complet. L'intéressé revu un an plus tard ne présente plus aucun trouble du transit ni aucune crise douloureuse.

oOo

- Observation n° 2 - Madame Bour..., 78 ans :

Entre dans le service pour une occlusion aigüe du grêle. Les antécédents de cette malade sont chargés :

1 - chirurgicaux :

- appendicectomie il y a 50 ans,
- cholecystectomie il y a 40 ans,

Photo n° 1

- kysterectomie pour fibrome il y a 30 ans,
- prolapsus.

2 - médicaux :

- coronarite avec hypertension artérielle (20-8) et petite insuffisance cardiaque traitée par anticoagulants depuis dix ans et tonicardiaques.

Intervention (10.6.1965) :

Occlusion par adhérences au niveau de la cicatrice d'appendicectomie. Libération d'adhérences multiples. Il existe de nombreuses zones dépéritonisées.

Dans ces conditions on pratique une plicature mésentérique pour éviter des récidives occlusives.

Décès à la 48ème heure par infarctus du myocarde.

Commentaire : le décès n'est pas dû à la technique utilisée, mais au terrain.

oOo

- Observation n° 3 - Madame Cog..., 72 ans :

Entre dans le service pour occlsuion du grêle le 7.12. 1965, porteuse d'une cicatrice de médiane sous-ombilicale pour péritonite appendiculaire pratiquée en 1944.

Elle a déjà eu trois accidents occlusifs identiques, mais tous trois ont été rapidement et spontanément résolutifs.

Dans le cas présent, devant l'aggravation rapide du tableau clinique, malgré l'aspiration, on décide l'intervention.

Intervention : Reprise de la médiane.

Il existe une bride allant d'une anse iléale à la paroi abdominale au niveau du flanc gauche, formant un anneau sous lequel est venue s'insinuer une anse de la fin du jéjunum qui est volvulée et semble la cause de l'accident actuel.

Par ailleurs, toute la fin de l'iléon est incluse dans le pelvis et présente des coudures et des adhérences multiples. Libération complète du grêle. A la fin de la libération on se trouve en présence de :

- une plaie punctiforme du grêle que l'on suture transversalement en un plan extra-muqueux de soie ;
- de nombreuses zones dépéritonisées.

On termine par une plicature mésentérique par trois points de nylon.

Suites : La reprise du transit s'effectue dans des délais normaux : gaz au 3ème jour, selles au 4ème jour.

Ces suites sont compliquées par une petite suppuration de paroi et par une douleur au niveau du mollet rapidement jugulée par les anticoagulants.

Un transit du grêle de contrôle montre que le transit s'effectue dans un délai normal de 6 heures sans qu'il n'y ait d'image de stase.

oOo

- Observation n° 4 - Monsieur Gui..., 32 ans :

A l'âge de 22 ans, il est opéré pendant son service militaire d'un syndrome occlusif dû à une diverticulite de Meckel.

A l'âge de 30 ans réintervention à Bichat pour occlusion par bride. Huit jours après cette intervention est réhospitalisé dans le service, pour une nouvelle occlusion aigüe. On le met sous traitement médical par aspiration et rééquilibration, mais l'occlusion ne cède pas et l'on réintervient le 21.9.1964.

Intervention :

Reprise de la médiane. Il existe de nombreuses adhérences intéressant tout le grêle à l'exception de la première et de la dernière anse. En outre, on note un accolement en canon de fusil de l'avant dernière anse qui comporte un segment dilaté et un segment normal.

Enfin, une anse est venue s'incarcérer avec une ébauche de volvulus dans l'espace formé par accolement d'une anse à une autre.

Le colon est plat.

On pratique la libération complète du grêle réalisant de nombreuses zones dépéritonisées et un essai de vidange par pul-

sion du liquide dans le colon qui se révèle infructueux. Appendicectomie.

On pratique une opération de CHILDS : une douzaine d'anses étant réunies par trois fils de soie 6 passés en U.

Réintégration de l'ensemble. Toilette péritonéale. Paroi en 2 plans.

Suites : La reprise du transit s'effectue dans les délais habituels, gaz au 3ème jour, selles au 4ème jour.

Le malade quitte le service le 9ème jour.

Trois mois plus tard il est réhospitalisé pour un syndrome douloureux abdominal avec arrêt des matières et des gaz, avec défense sous-ombilicale. Il existe deux niveaux liquides sur les radios de l'abdomen sans préparation. Sachant que ce malade a eu une opération de CHILDS on décide d'instituer, sous surveillance chirurgicale attentive, le traitement médicale par aspiration et rééquilibration, après avoir éliminé une atteinte pancréatique, d'abord évoquée par des dosages d'amylasémie et d'amylasurie qui sont normaux.

Le traitement médical entraîne la guérison et le malade quitte le service le 1er Janvier 1965.

Il est réhospitalisé le 27.10.1965 pour douleurs épigastriques sans troubles du transit. Rien ne vient expliquer ces douleurs.

Un transit du grêle est pratiqué qui ne montre rien d'anormal et l'on confie le malade au psychiatre qui met en doute l'oraganicité de ces douleurs et entreprend un traitement psychothérapique.

Commentaire : Cette observation peut être considérée comme un résultat douteux puisqu'un nouvel épisode occlusif avec deux niveaux liquides a été constaté après le CHILDS.

Mais l'existence du CHILDS a pesé dans la décision de l'abstention opératoire sous surveillance serrée, et le traitement médical a entraîné la guérison.

oOo

- Observation n° 5 - Madame Piv..., 54 ans :

A été opérée il y a un an pour un cancer du rectum pour lequel elle a eu une amputation du rectum avec anus iliaque gauche suivi de radiothérapie.

Elle est hospitalisée pour une occlusion du grêle.

Intervention (14.6.1965) :

Processus de péritonite encapsulante reproduisant des lésions anatomiquement identiques de la première anse jéjunale à la dernière anse iléale.

Libération complète du grêle, qui est très difficile et au cours de laquelle sera blessée une des dernières anses iléales.

Suture en un plan de cette plaie du grêle, rendue difficile, car il s'agit de tissus irradiés.

On pratique une opération de CHILDS.

L'exploration de l'abdomen n'a pas montré de récidive du cander du rectum.

Paroi au nylon en deux plans.

Suites : Le transit reprend au 5ème jour.

Le 30 Juin 1965, soit 16 jours après l'intervention, un transit du grêle montre un passage retardé de la baryte,mais les anses sont régulièrement plicaturées.

Le lendemain apparaît une fistule du grêle correspondant à la plaie opératoire de la fin de l'iléon.

On institue le traitement médical par perfusion, régime diététique et irrigation locale à l'acide lactique.

Malgré ce traitement l'état général s'altère et la malade décède le 13 août 1965.

La vérification n'a pas été possible.

oOo

- Observation n° 6 - Monsieur Ste..., 46 ans :

Malade ayant eu une commisurotomie mitrale en 1965 pour une maladie mitrale avec prédominance du rétrécissement. Il faut en Novembre 1965 des rectorragies qui font arrêter le traitement anticoagulant et une rectoscopie est pratiquée qui montre une ulcération rectale étiquetée ulcération thermométrique.

Après quelques jours, le traitement anticoagulant est repris. Mais des rectorragies réapparaissent et le malade est hospitalisé dans un service de gastro-entérologie. Une rectoscopie (14.12.65) montre une série d'ulcérations sans aspect traumatique siégeant sur le plancher de l'ampoule rectale dont une seule saigne.

Le 24.12.65 le malade présente un état occlusif avec température à 38°5 et des douleurs de la F.I.D. diffusant à tout l'hypogastre.

On hésite entre une appendicite et un infarctus intestinal.

Intervention (24.12.1965) :

On commence par une incision de Mac Burney. Il est impossible de pénétrer dans la cavité péritonéale barrée d'adhérences.

Médiane sous-ombilicale que l'on sera amené à agrandir au-dessus de l'ombilic.

Le grêle est totalement drapé dans un voile d'adhérences unissant toutes les anses entre elles et au colon. Certaines anses ont capoté et, allourdies par le liquide de stase, sont en occlusion.

Il n'y a pas de signes inflammatoires.

Excision d'un appendice sous-séreux normal après décollement du colon droit.

Le temps de libération du grêle est long. Les mésos sont infiltrés, il y a des adénopathies dans le mésentère qui paraît rétracté.

De nombreuses adhérences bloquent le foie contre le diaphragme.

Après avoir totalement libéré le grêle qui est ecchymotique par endroîts, on décide de faire une plicature mésentérique en passant deux anses de catgut chromé n°2 solidarisant toutes les anses de la première à la dernière.

Une lame sortant par le Mac Burney rétréci par des points de catgut.

Suites : Les suites sont difficiles mais essentiellement sur le plan cardio-respiratoire.

Néanmoins, le transit ne reprend que le 5ème jour. Les suites abdominales sont alors très simples.

L'étiologie de cette occlusion semble être la prise d'anticoagulants, mais la pathogénie reste discutable.

oOo

Dans ces 6 CHILDS curatifs, les résultats sont peu encourageants, puisque l'on trouve 2 décès, soit 33 %.

Cependant ces deux décès ne peuvent être mis sur le compte de la plicature mésentérique puisque :

- l'un (observation n° 2) est dû à un infarctus du myocarde à la 48ème heure chez une femme de 78 ans coronarienne connue ;
- l'autre (observation n° 5) est dû à une fistule du grêle chez une femme de 70 ans. Mais la fistule n'est pas dûe à une atteinte du grêle lors du passage des fils, mais à une effraction de la paroi intestinale lors de la libération.

NOM - AGE	LESION INITIALE	INTERVENTION	SUITES
Mr TRU... 27 ans	Appendicite perforée en 1961 puis péritonite occlusive réopérée 4 fois. Nouvelle occlusion 4 ans après	Libération complète du grêle + CHILDS	suites simples gaz au 4ème jour
Mme BOU... 78 ans	Occlusion du grêle chez une poly opérée - appendicectomie - cholecystectomie - kystérectomie - suspension vésicale	Libération complète du grêle l'occlusion étant due à une bride appendiculaire + CHILDS	Décès par infarctus du myocarde à la 48ème heure
Mme COU... 72 ans	Occlusion du grêle 14 ans après une péritonite appendiculaire	Libération du grêle avec une plaie du grêle + CHILDS	simples gaz au 3ème jour selles au 5ème jour
Mr GUI... 32 ans	Diverticulite de Meckel - 2 occlusions du grêle en l'espace de 8 jours.	Libération du grêle + CHILDS	simples dans l'immédiat - Nouvel épisode occlusif ayant cédé au traitement médical.
Mme PIV... 54 ans	Occlusion du grêle un an après amputation du rectum , suivie de radiothérapie	Libération du grêle plaie du grêle + CHILDS	Fistule du grêle au 16ème jour - Décès
Mr STE... 46 ans	Occlusion par adhérences multiples type péritonite encapsulante chez un malade sous anticoagulants.	Libération du grêle + CHILDS	Suites simples selles au 3ème jour

II - LES OPERATIONS DE CHILDS POUR COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES PRECOCES.

- Observation n° 7 - Monsieur Lat..., 67 ans :

Phlegmon de la région inguinale droite chez un malade opéré d'une adénopathie cervicale maligne du cou, ayant présenté quelques jours auparavant un syndrome occlusif subaigu spontanément résolutif.

Intervention le 1er Octobre 1965 :

Longue incision verticale sur la région inguinale droite. Issue d'un grosse quantité de pus et de gaz ; il s'agit d'un phlegmon pyo-gazeux. Un prélèvement de pus est envoyé au laboratoire.

Les ganglions sont hypertrophiques mais d'allure inflammatoire.

Le point de départ est en fait une hernie crurale avec sphacèle d'un pincement latéral.

On s'agrandit en hernio-laparotomie.

Résection à minima des berges de l'intestin jusqu'à être en zone saine.

Suture en un plan à points séparés de soie.

Réintégration, la cavité abdominale est libre. Paroi catgut chromé. Lame par contre incision déclive, peau incomplètement fermée.

Le 3 Octobre réintervention pour péritonite avec choc toxi-infectieux. Médiane à cheval sur l'ombilic. Il existe effectivement une péritonite pyo-stercorale. L'anastomose s'est désunie. On pratique :

1 - une résection intestinale avec suture termino-terminale en un plan à points séparés de soie,
2 - une plicature fixation du mésentère selon CHILDS avec deux anses de catgut chromé n° 2.

Paroi plan total de nylon.

Suites : le malade décède le 7 Octobre 1965 à la 36ème heure suivant la réintervention.

Le CHILDS ne peut être tenu comme responsable du décès dont la cause est la péritonite dû au lâchage de la suture du grêle. Il est probable qu'une erreur a été commise en ne faisant pas une résection du grêle et que l'anastomose a porté sur des tissus dont la vitalité a pu s'altérer dans les heures qui ont suivi.

En effet, on sait que lors de la libération d'une hernie étranglée on peut constater des infarcissements du grêle jouxtant l'anse étranglée.

oOo

- Observation n° 8 - Monsieur Fou..., 56 ans :

Entre dans le service pour un néoplasme de la portion descendante de l'angle gauche et le 22.1.1965, on lui fait une hémicolectomie gauche.

Au 10ème jour : occlusion post-opératoire indiscutable.

Réintervention (1.2.1965) : montre une dilatation du grêle dont une anse adhère par son sommet à la zone anastomotique. La libération de cette adhérence qui correspond à la jonction grêle plat, grêle distendu, révèle l'existence d'une fistule de petite taille.

L'exploration du grêle sus-jacent montre l'existence d'une deuxième adhérence entre la 2ème anse jéjunale et le colon 10 cms au-dessus de la fistule ; il existe un épanchement louche dans la loge splénique.

On décide alors :

- de drainer à nouveau la loge splénique par un drain n° 40 sortant par une contre-incision,
- étant donné l'aspect satisfaisant du reste de la suture colique, on rétrécit l'orifice de la fistule autour d'une sonde de Pezzer qui est amarrée au péritoine pariétal antérieur. On isole le reste de la cavité abdominale par une large lame ;
- un CHILDS immobilise les anses grêles en bonne position par 3 points en U de catgut chromé n° 3.

Les suites immédiates de cette intervention furent difficiles et le 9.2.1965 le malade dut être placé sous assistance respiratoire par appareil d'Engström.

Par la sonde et autour d'elle les matières s'écoulaient.

Le 16 Février l'état s'étant amélioré, on supprime l'assistance respiratoire.

Pendant les trois premiers mois la situation reste très mauvaise :

- fièvre oscillante résistante à tous les antibiotiques,
- fistule considérable à gauche communiquant avec la médiane qui est totalement désunie, mais sans éviscération vraie,
- altération considérablede l'état général.

Ces fistules multiples sont d'origine colique comme le montre le lavement baryté. Le transit intestinal se maintient normalement.

Puis progressivement l'issue des matières a diminué, la fièvre a baissé, les escarres ont commencé à se cicatriser et le transit s'est rétabli par les voies naturelles.

Il quitte le service le 15.6 avec une fistule tarie et un transit par les voies naturelles et une courbe pondérale en expansion.

Revu en Octobre, soit 4 mois plus tard, il va bien, a repris 15 kilos, a un transit normal et ne présente aucun signe de récidive, ni métastases.

Commentaire : Le CHILDS dans ce cas a eu pour avantages :

1 - de rendre le lachage pariétal sans conséquences catastrophiques,
2 - de maintenir les transit digestif et donc l'anabolisme,
3 - de permettre la guérison spontanée sans réintervention qui, au moment de la survenue de ces complications, aurait sûrement été fatale.

oOo

- Observation n° 9 - Monsieur Gér..., 43 ans :

Est hospitalisé le 11.1.1965 pour des troubles du transit et un état dyspeptique.

Le 20.1.65 on pratique une colectomie segmentaire après décollement très limité du colon gauche.

Arastomose termino-terminale, drainage par drain de Redon.

L'histologie montre qu'il s'agit d'un poliadénome bénin du colon.

Les suites sont troublées par une hyperthermie à 40° dès le soir de l'intervention que l'on impute à une complication pulmonaire. Le 25 Janvier la température reste à 38-39, avec une légère dyspnée. Le malade a eu des selles diarrhéiques.

Sur les clichés pulmonaires ont est attiré par une opacité floue de la base gauche et deux opacités denses linéaires de la base droite,mais une ponction de plèvre à chaque base reste négative.

La présence de sérosité louche au niveau de la médiane et d'une goutte de pus au niveau de l'orifice de drainage, la modicité des signes pulmonaires cliniques et radiologiques, l'altération de l'état général font rejeter la complication pulmonaire au profit d'une complication abdominale malgré la reprise du transit.

On institue alors un traitement antibiotique à très haute dose : 40 % d'unités de pénicilline et 200 mg d'Hémisuccinate d'hydrocortisone,dans le but d'agir sur un éventuel état de septicémie, mais on réintervient le 27.1. à 16 heures devant un tableau occlusif net.

Il existe une éviscération partielle, une anse grêle colle dans la FIG où existe une collection pyo-stercorale avec une désunion du plan antérieur de l'anastomose.

On extériorise les deux bouts coliques après avoir décroché l'angle gauche et on termine par un CHILDS grâce à trois anses de catgut chromé n° 2 passées à quelques cms du bord mésentérique.

Paroi en un plan.

Les suites : sont très difficiles avec gêne respiratoire notable, sueurs abondantes et subictère généralisé.

Il existe une acidose métabolique.

Le malade décède vers 19 heures.

Commentaires :

- La réintervention a sûrement été trop tardive car on s'est obnubilé sur la complication pulmonaire ;
- Il est probable que l'erreur initiale a été un drainage insuffisant et inefficace du décollement colique, la formation précoce d'une suppuration au contact de l'anastomose et également l'absence de décollement de l'angle gauche ;
- le décès est dû à l'heure trop tardive de la réintervention qui avait entraîné un état de choc toxi-infectieux sévère ;
- L'évolution trop courte n'a pas laissé le temps de juger de l'efficacité du CHILDS.

oOo

- Observation n° 10 : Monsieur Lab..., 72 ans :

Est hospitalisé pour néoplasme de la jonction recto-sigmoïdienne. Hémicolectomie gauche le 20.3.1964 : Péritonisation difficile à gauche que l'on ne peut poursuivre au-dessus du détroit supérieur.

Après une reprise du transit dans les délais normaux, s'installent des phénomènes subocclsifs qui, le 4.4, amènent à réintervenir devant un syndrome occlusif net de type mécanique.

Il existe outre de nombreuses adhérences entre les anses grêles:

1 -une adhérence très serrée d'une anse grêle dans la partie supérieure oblique de l'incision,

2 -dans le néo-Douglas, il existe une anse grêle incarcérée que l'on libère.

Au terme de ces libérations, l'ensemble de l'intestin paraît dépéritonisé sur une grande surface et fait pratiquer une plicature du mésentère à la manière de CHILDS.

Les suites sont simples.

Le transit reprend dans les délais normaux : selles au 4ème jour. Revu huit mois plus tard, le transit est tout à fait normal.

Commentaire : il est vraisemblable qu'un CHILDS à la fin de l'hémicolectomie aurait évité la réintervention qui semble due à des phénomènes occlusifs en rapport avec la mauvaise péritonisation et des phénomènes plastiques sans fistule et sans élément infectieux.

oOo

- Observation n° 11 - Madame Bai..., 61 ans :

Il s'agit d'une femme ayant eu une salpingectomie bilatérale sans qu'on ait pu savoir l'affection qui avait nécessité cette intervention.

Elle souffre de crises subocclusives évoquant un syndrome de Koenig typique.

Le transit du grêle et le lavament baryté montrent :
- outre l'existence d'une diverticulose colique,
- des anomalies de la dernière anse grêle avec un retard à la progression de l'index baryté.

Devant cet ensemble, on évoque la possibilité de séquelles d'une tuberculose génitale et péritonéale.

Par ailleurs, il existe un utéros gros et fibromateux. On décide l'intervention (28.7.1965).

Médiane sous ombilicale avec résection de l'ancienne cicatrice. On découvre :
- un gros utérus fibromateux polinodulaire collant à la paroi abdominale comme fixé par une pexie corporéale.

  Il n'existe ni annexe droite, ni annexe gauche.
- une adhérence du sigmoïde à la face postérieure de l'utérus. L'utérus est libéré et rien de précis n'est à constater sur la dernière anse iléale ; pas d'adhérence, pas de coudure, pas de tumeur.

Le syndrome clinique peut donc être simplement expliqué par une compression assez importante de ce gros fibrome.

On pratique donc une hysterectomie totale selon le procédé d'Aldridge avec suspension du dome vaginal.

Suites : reprise du transit retardée jusqu'au 6ème jour.

Occlusion post-opératoire au 8ème jour résistant au traitement médical.

Réintervention au 9ème jour (6.8.64) :

Occlusion post-opératoire.

On repasse par la médiane sous-ombilicale.

Il existe du grêle plat et du grêle dilaté, la jonction se situant à environ un mètre du caecum.

La cause de l'occlusion est l'adhérence du grand épiploon à la ligne de péritonisation.

Cette adhérence a plicaturé le grêle qui s'est accolé à son tour le long de la péritonisation qui, par ailleurs, avait parfaitement tenu.

Vidange de l'intestin vers l'estomac et vers le colon. On termine l'intervention par une plicature fixation du mésentère au catgut chromé.

Paroi points totaux de nylon et de catgut chromé.

Les suites de cette réintervention sont des plus simples. Le transit reprend au 4ème jour. Les premières selles sont évacuées le 6ème jour.

Commentaire : là encore, le CHILDS pratiqué lors de la première intervention, aurait évité cette reprise.

oOo

- Observation n° 12 - Mademoiselle Roc... - 22 ans :

La lère intervention est pratiquée en urgence pour un syndrome péritonéal. Il s'agit d'un énorme pyosalpinx gauche rompu avec du pus libre dans le petit bassin.

Après prélèvement pour examen bactériologique avec identification et antibiogramme, on pratique une annexectomie gauche.

On recule devant le sacrifice de tout l'ensemble utérin à cause du jeune âge de la malade. Assèchement péritonéal.

Fermeture par drainage du Douglas.

Les suites opératoires immédiates sont favorables, mais le 4ème jour s'installe un tableau d'occlusion aigüe du grêle résistant à l'aspiration. On décide donc de réintervenir.

Lors de la deuxième intervention on trouve un volvulus d'une anse grêle moyenne.

Détorsion, nettoyage des anses que recouvrent quelques fausses membranes, puis entéro-plicature de CHILDS.

La repise du transit se fait au 3ème jour et la malade sort au 12ème jour, après quelques ennuis périétaux.

Un an après des troubles pelviens réapparaissent. Le toucher vaginal confirme le diagnostic de pyosalpinx droit.

Troisième intervention : La réintervention, décidée avec quelques craintes, mais qu'impose l'échec d'une thérapeutique médicale, apporte l'heuréuse constatation d'une cavité abdominale libre, sans adhérences pathologiques, avec des anses grêles régulièrement disposées concersant leur mobilité malgré la brièveté d'un mésentère haut de 2 cms à peine.

La salpingectomie droite ne présente donc aucune difficulté.

Les suites sont des plus simples.

Le transit gazeux reprend le 5ème jour et la malade quitte le service le 10ème jour.

oOo

- Observation n° 13 - Madame Dun..., 57 ans :

La malade est hospitalisée pour une importante tumeur ovarienne.

Intervention médiane sous-ombilicale.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur de l'ovaire gauche avec végétations axokystiques et ascite non sanglante. Pas de métastases hépatiques. On pratique une hystérectomie totale selon la méthode d'Aldridge avec annexectomie bilatérale.

L'histologie montre qu'il s'agit d'un carcinome ovarien.

Les suites sont d'abord simples, mais au 8ème jour s'installe un tableau occlusif résistant à l'aspiration qui impose

la réintervention : une anse colle sur la ligne de péritonisation. On libère la totalité du grêle et l'on pratique une plicature mésentérique au catgut chromé n° 3.

Les suites sont simples.

Quatre mois plus tard, la malade fait un nouveau syndrome occlusif avec à la radio de nombreux niveaux liquides sur le grêle.

On décide, étant donné l'existence d'un CHILDS, de tenter sous surveillance chirurgicale stricte, le traitement par aspiration et rééquilibration qui finalement va à lui seul entraîner la guérison.

oOo

- Observation n° 14 - Monsieur Res..., 41 ans :

Première intervention pour gros ulcère calleux du versant postérieur de la petite courbure gastrique perforé dans le pancréas ayant entraîné à la longue un état de malnutrition sévère.

Suites très simples, mais au 14ème jour, survient une occlusion aigüe du grêle ne cédant pas au traitement médical.

Deuxième intervention :

Occlusion par bride siégeant dans le petit bassin avec sillon d'étranglement profond.

L'état de l'anse nécessite une résection.

On complète par une plicature du mésentère selon CHILDS.

Dans les suites,hyperthermie au 5ème jour, éviscération sous-cutanée avec fistule du grêle.

Troisième intervention : montre le lachage de l'anastomose.L'intestin est bien en place. La plicature mésentérique est satisfaisante.

On pratique une nouvelle résection avec anastomose termino-terminale nullement gênée pour cela par le CHILDS. Paroi en un plan après avivement des berges.

Dans les suites :

- désunion de la paroi,
- pas d'éviscération,mais récidive de la fistule du grêle qui est abondante.

La paroi se désunit largement et le liquide intestinal se répand sur le grêle exposé.

On institue l'irrigation par l'acide lactique et le régime diététique selon les principes de la méthode du Dr TREMOLIERES.

Une deuxième fistule du grêle se produit.

La paroi s'épidermise sur un tissu de granulation recouvrant le grêle ; les deux fistules sont aspirées et donnent 1000 à 1500 ml par jour. Cependant, un transit persiste et l'état général s'améliore progressivement.

Après deux mois de traitement médical, l'état restant stationnaire, on décide de réintervenir.

Intervention (1er Mars 1966) :

Incision au pourtour des trajets fistuleux. Dissection progressive de ces trajets fistuleux, sans trop de difficultés et libération de toute la face superficielle du grêle.

L'opération de CHILDS est parfaitement réussie et les anses grêles sont très bien disposées. Les deux fistules correspondent à deux anses voisines l'une de l'autre. Pour les disséquer il suffira de libérer les cornets de ces deux anses. On ne coupera pas le fil du CHILDS (catgut chromé) qui est complètement enrobé de fibrine.

En plus de ces deux fistules latérales, il y a une fistule interne entre une de ces anses ouverte à la peau et l'anse jéjunale sous jacente, si bien qu'après dissection de l'ensemble, on va se retrouver avec trois orifices sur le grêle qui sont tous les trois superposés sur la ligne médiane. S'il fallait enlever toutes les brèches par une résection, il faudrait encore enlever au moins 40 cms de grêle et chez cet homme qui a déjà eu une résection, on essayer d'être conservateur au maximum.

Les deux brèches extrêmes, la haute et la basse, sont finalement de petites dimensions. On en excise les bords et on fait deux sutures latérales en un plan extra-muqueux de soie. La brèche médiane est beaucoup plus importante et on fait à ce niveau une très courte résection du grêle avec anastosmose termino-

terminale en un plan extra-muqueux à la soie. Les anses réparées sont à nouveau disposées parallèlement aux autres anses intestinales fixées.

La paroi musculaire est vraiment très médiocre et les deux berges très distantes l'une de l'autre. Il faut faire un très large décollement entre la peau qui est en mauvais état et le muscle. On peut fermer sans traction la partie basse de l'incision, mais à sa partie moyenne, qui a déjà eu une éviscération, il paraît indispensable de placer une prothèse. Mise en place d'une plaque de peau conservée fixée à la soie aux berges musculaires.

Rapprochement cutané assez médiocre devant la prothèse.

Les suites sont simples : le transit reprend le 4ème jour. La cicatrisation se fait progressivement sans suppuration. Actuellement, le malade reprend du poids et présente une paroi satisfaisante.

Commentaire : Il s'agit d'une observation très intéressante qui montre les résultats que l'on peut escompter de l'association du traitement médical dans la phase aigüe de ces fistules gravissimes et du traitement chirurgical lorsque l'état du malade s'est stabilisé et arrive au stade de non amélioration par le traitement médical.

oOo

Les CHILDS pratiqués pour traitement d'occlusions post-opératoires précoces ou comme complément de complications post-opératoires sont au nombre de 8.

Les premiers sont au nombre de 5 (obs. n° 10, 11, 12, 13 et 14) et ont tous eu des suites satisfaisantes.

Certaines de ces observations présentent des points particuliers très intéressants.

L'observation n° 12 nous a permis lors de la troisième réintervention de faire des constatations qui nous ont paru décisives. La disposition parfaite du grêle, la liberté relative des anses, l'acollement exact des feuillets mésentériques

nous a incités à ne plus voir dans la plicature la seule technique curatrice d'occlusions récidivantes du grêle, mais un véritable moyen de mettre certains opérés d'affections abdominales graves à l'abri de complications post-opératoires d'une redoutable fréquence.

L'observation n° 10 est celle d'une occlusion post-opératoire après hémicolectomie gauche pour néoplasme recto-sigmoïdien dû à une incarcération d'une anse dans une zone mal péritonisée et à une adhérence d'une autre anse à l'incision pariétale, cas où un CHILDS préventif aurait évité sûrement la complication et la réintervention.

Les 3 observations pour complications précoces (obs. n° 7, 8 et 9) ont eu des résultats beaucoup moins favorables.

Il y a eu deux décès, imputables les deux à l'heure trop tardive de la réintervention et à la gravité du choc toxi-infectieux :

- le 1er par lachage de suture du grêle (ob. n° 7),
- le 2ème par lachage d'anastomose colique (obs. n° 9).

La troisième observation est particulièrement intéressante puisque, malgré les complications ultérieures, elle permit la guérison sans réintervention de fistules coliques multiples avec désunion complète de la paroi. Nous y reviendrons.

NOM - AGE	PREMIERE INTERVENTION	COMPLICATIONS	REINTERVENTION	SUITES
Mr LAT... 67 ans	Phlegmon pyo-stercoral par hernie crurale étranglée	Péritonite par lachage de suture	Résection + CHILDS	décédé à la 3ème heure
Mr FOU... 56 ans	Hémicolectomie élargie pour cancer sous angulo-coliqué hauche	Occlusion post-opératoire au 10e jour par plicature du grêle sur une désunion partielle	drainage de la loge splénique-Pezzer dans la fistule que l'on amarre à la paroi+CHILDS	suites compliquées mais guérison sans réintervention
Mr GER... 43 ans	Colectomie segmentaire pour polype du colon	Eviscération partielle occlusion par adhérence d'une anse au contact d'un abcès pyo-stercoral par lachage de suture	Anus CHILDS drainage	décédé 3 heures après la réintervention choc toxi-infectieux
Mr LAB... 72 ans	hémicolectomie gauche pour néoplasme recto-sigmoïdien	Occlusion par adhérence au niveau de la paroi et de la péritonisation	libération CHILDS	simples gaz au 4ème jour selles au 5ème
Mme BAI... 61 ans	Hystérectomie pour fibrome	Occlusion au 6e jour par adhérence du grand épiploon à la péritonisation du petit bassin	Libération CHILDS	gaz au 4ème jour selles au 6ème jour
Mme ROC... 32 ans	Salpyngectomie pour rupture de pyo-salpinx + drainage	Occlusion au 6ème jour	Libération CHILDS	simples
Mme DUN... 57 ans	Hysterectomie totale pour carcinome ovarien	Occlusion au 6ème jour	CHILDS	simples puis nouvel accident occlusif après qqs mois traité médicalement.
Mr RES... 42 ans	Gastrectomie pour ulcère	Occlsion par bride	Résection + CHILDS	- fistule du grêle, - traitement médical pendant 2 mois-Réintervention-guérison.

III - LES CHILDS PREVENTIFS OU PROPHYLACTIQUES.

Les constatations que nous avons pu faire au cours de la troisième intervention relatée dans l'observation n° 12, au chapître précédent, nous ont incités à étendre les indications de cette intervention dans un but prophylactique dans un certain nombre d'interventions importantes de l'abdomen où le risque occlusif semblait potentiellement non négligeable.

En effet, lors de la réintervention pour un pyosalpinx droit, un an après une première intervention pour pyosalpinx gauche, dont les suites avaient été troublées par une occlusion pour la cure de laquelle on avait utilisé leCHILDS, nous avons pu faire les conclusions suivantes :

L'intestin grêle avait une disposition régulière.

Ces anses gardaient une liberté dans les mouvements péristaltiques car elles gardaient une partie de leur méso-libre, les points étant passées à 3 ou 4 cms du bord mésentérique ; elles étaient attachées de court à l'ensemble du mésentère parfaitement symphisé.

Cette idée n'est d'ailleurs pas originale puisque dans un article des annales de chirurgie de 1963, FORSTER et RICHARD proposent cette utilisation préventive et présentent 4 observations ainsi que six observations pour péritonite d'origine diverse qui peuvent être considérées comme des indications prophylactiques.

Notre expérience dans ce domaine s'appuie sur 21 observations qui se décomposent de la façon suivante :

a - Chirurgie colo-rectale :

- colectomies gauches pour sigmoïdite	4 cas
- proctocolectomies pour cancer du rectum ou de la jonction recto-sigmoïdienne	3 cas
- cancer métastatique du colon	1 cas
- cancer pluri focal du colon avec métastases	1 cas
- cancer du colon droit	1 cas
- fistule du grêle et du sigmoïde par sigmoïdite	1 cas

- colectomie totale pour recto-colite 1 cas
- caecopexie pour défaut d'acollement 1 cas

b - Chirurgie du pancréas :

- pancréatectomie caudale pour faux-kyste 1 cas

c - Chirurgie gynécologique :

- grossesse extra-utérine avec adhérence du grêle 1 cas
- péritonites par rupture de pyosalpinx 2 cas
- péritonite post abortum 1 cas

d - Chirurgie de l'occlusion :

- par bride 2 cas
- éventration étranglée 1 cas.

oOo

- Observation n° 12 - Madame Lam..., 60 ans :

Est hospitalisée pour une masse tumorale perceptible dans le cul de sac de Douglas découverte à l'occasion de douleurs pelviennes avec fièvre et quelques troubles du transit.

La rectoscopie jusqu'à 20 cms et le lavement baryté sont normaux.

1ère intervention le 15.10.1964 :

L'exploration montre :

1 - des organes génitaux normaux,
2 - une sigmoïdite inflammatoire prédominant à la charnière recto-sigmoïdienne située à cheval sur le Douglas dont la mobilité est parfaitement conservée.

Cette forme n'apparaît pas chirurgicale d'emblée. On prépare donc la malade par traitement médical et régime pour une intervention en un temps.

2ème intervention le 17.11.1964 :

Colectomie gauche segmentaire avec rétablissement de la continuité par anastomose colo-rectale termino-terminale en un plan à points séparés de lin.

Appendicectomie.

On termine par une plicature mésentérique de CHILDS au catgut chromé n° 2.

Dans les suites une hyperthermie s'installe le 2ème jour et persiste malgré une antibiothérapie très intense. Le transit reprend au 5ème jour, mais l'état ne s'améliore pas.

3ème intervention : montre un abcès sous-péritonéal sans fistule. Les anses sont parfaitement disposées, mais non encore accolées.

La malade décède au 7me jour dans un tableau septicémique avec état de choc.

Commentaire : Il n'y a pas eu d'occlusion malgré l'existence d'un abcès intra-abdominal. Cet abcès non en rapport avec une fistule, peut être rattaché à un drainage défectueux.

oOo

- Observation n° 16 - Madame Par..., 73 ans :

Péritonite généralisée opérée à la 18ème heure chez une femme de 72 ans.

La malade en état général précaire, extrêmement déshydratée en insuffisance cardiaque avec troubles du rythme à type d'extra-systoles, râles aux bases pulmonaires et grosse hypertrophie gauche sur l'eog.

Après une énergique réhydratation électrolytique chez cette malade oligo-anurique, on décide d'intervenir sans plus tarder.

Intervention le 6 Mars 1965 :

Longue médiane à cheval sur l'ombilic que l'on prolongera en sous ombilicale.

Il existe une péritonite généralisée avec liquide purulent d'odeur fécaloïde. Le grêle est dilaté, congestif recouvert de fausses membranes. L'appendice est enflammé, mais ne suffit pas à expliquer la péritonite. En fait, il existe une masse sigmoïdienne prolabée dans le petit bassin, adhérente à la paroi et à l'utérus.

La libération de cette masse met en évidence une sigmoïdite importante, avec gangue de scléro-lipomatose, présentant une perforation.

On réalise une colectomie limitée segmentaire. On abouche l'extrêmité proximale en anus iliaque gauche, après avoir fermé le bout inférieur.

Une mèche est laissée dans le décollement ainsi qu'une lame dans le Douglas qui sortira par la partie inférieure de la médiane.

L'histologie confirme la diverticulité et ne retrouve aucune prolifération tumorale.

Le 10.11.1965, soit 6 mois plus tard, est pratiquée une résection de 20 cms du bout distal qui semblait encore pathologique, un rétablissement de la continuité par réimplantation termino-latéral sur la face antérieure du rectum en un plan de points séparés de soie.

Certaines anses intestinales étaient cruentées et adhérentes, on décide de pratiquer une plicature fixation du mésentère selon CHILDS en laissant libre la 1ère anse jéjunale par trois points de catgut chromé.

Enfin, on pratique une appendicectomie de principe.

Une lame sortira latéro-rectale gauche par l'orifice de l'anus iliaque laissé ouvert.

Paroi catgut chromé et nylons totaux.

Suites simples : sort un mois après l'intervention.

Le transit était rétabli au 4ème jour.

oOo

- Observation n° 12 - Monsieur BEC..., 63 ans :

Est hospitalisé pour un syndrome d'appendicectomie à gauche avec au lavement baryté un aspect de sigmoïdite diverticulaire.

Intervention le 20.10.1965 :

Il s'agit effecitvement d'une diverticulité colique avec importante scléro-lipomatose péri-focale.

On pratique une colectomie gauche segmentaire avec anastomose colo-rectale basse.

Comme plusieurs anses iléales adhéraient à la masse et ont été dépéritonisées lors de la libération, on termine par une plicature mésentérique au catgut chromé n° 2.

Les suites sont très simples si ce n'est une reprise retardée du transit au 7ème jour, ayant nécessité la mise en aspiration au 4ème jour.

oOo

- Observation n° 18 - Monsieur Opp..., 67 ans :

Est hospitalisé pour sigmoïdite.

1ère intervention le 11.6.1964 pour colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale, en un plan à points séparés.

2ème intervention quatre mois plus tard, le 15 Octobre, pour occlusion basse. On trouve une sténose de l'anastomose sans signe de récidive néoplasique.

Libération du grêle qui est accolé à la zone anastomotique et à la paroi abdominale.

Résection segmentaire et nouvelle anastomose termino-terminale. On réalise un CHILDS complémentaire par 3 fils de soie trans-mésentériques.

Les suites sont simples : reprise du transit au 3ème jour. Revu 5 mois plus tard, le transit intestinal reste normal.

oOo

- Observation n° 19 : Monsieur Man..., 39 ans :

Entre dans le service pour une tumeur de l'ampoule rectale dont le pôle inférieur siège à 12 cms de la marge de l'anus.

La biopsie montre qu'il s'agit d'un adénocarcinome Lieberkhunien du rectum.

La laparoscopie montre l'absence de métastases hépatiques et péritonéales.

Intervention : Amputation abdomino-transanale type Babcock. Médiane sous-ombilicale prolongée en oblique vers le gril costal gauche. Pas de métastases hépatiques et péritonéales.

La tumeur est volumineuse de la taille du poing à cheval, sur les étages péritonéal et sous-péritonéal. Elle est très mobile.

Repérage des uretères après section du péritoine.

Ligature de l'artère mésentérique à l'origine sous le 3ème duodénum, et de la veine mésentérique au bord inférieur du pancréas. Libération de l'angle gauche.

Les nécessités de l'abaissement obligent à sectionner l'artère de l'angle gauche.

On passe alors au temps périnéal.

On repasse ensuite par voie abdominale. On pratique la péritonisation, non sans difficulté, du petit bassin et du péritoine pré-aortique, puis on termine par un CHILDS avec 3 anses de catgut chromé n° 2.

Les suites sont d'abord simples : gaz au 2ème jour, mais au 5ème jour des vomissements nécessitent la mise en aspiration. Cependant, le lendemain le transit se rétablit. Les suites sont alors simples et le malade quitte l'hopital au 24ème jour.

Commentaire : cette observation est un exemple typique de l'utilisation du CHILDS pour des difficultés de péritonisation.

oOo

- Observation n° 20 - Monsieur Bon..., 42 ans :

Présente un cancer de l'ampoule rectale.

La 1ère intervention pratiquée est une amputation abdomino-périnéale du rectum avec anus iliaque gauche complétée par un greffon iléal anti-péristaltique colo-périnéal.

On termine par une plicature mésentérique de CHILDS.

Dans les suites le transit se rétablit rapidement et de façon durable. Mais on assiste à la nécrose du greffon iléal qui entraîne la survenue d'un phlegmon sous péritonéal.

2ème intervention au 10ème jour.

Ablation du greffon iléal. Drainage du phlegmon de la fosse iliaque gauche.

Au cours de cette réintervention on fait une plaie lenticulaire de la deuxième anse jéjunale que l'on suture.

Dans les suites, la paroi se désunit largement. Pas d'éviscération. Une fistulisation abondante du grêle se produit par l'orifice de drainage du flanc gauche.

Le transit intestinal se poursuit néanmoins par la colostomie terminale.

On pratique une irrigation à l'acide lactique qui entraîne la guérison définitive sans réintervention.

Commentaire : La survenue de la fistule n'est pas imputable au CHILDS qui avait été pratiqué lors de la 1ère intervention, mais à une effraction opératoire lors de la réintervention. Cette fistule n'a pas entraîné de phénomènes occlusifs, il n'y a pas eu déabcès entre les anses ni de péritonite et le transit s'est maintenu. Les suites ont sûrement été facilitées par la plicature mésentérique qui a permis de ne pas réintervenir.

ooo

- Observation n° 21 : Madame Del..., 70 ans :

Est hospitalisée pour néoplasme recto-sigmoïdien révélé par des éprintes et des rectorragies.

Intervention le 13.8.1965 :

On passe par médiane sous-ombilicale que l'on prolonge vers le rebord costal gauche. Il n'y a pas d'ascite, ni de métastases hépatiques, ni adénopathies. Il existe de petites brides sur le grêle et une petite formation suspecte que l'on prélève en vue d'un examen histologique.

Il existe en effet une tumeur d'apparence maligne du haut rectum légèrement au-dessus de la réflexion péritonéale du Douglas.

Cette tumeur est volumineuse et paraît s'étendre au ligament utéro sacré gauche.

Dans ces conditions, on décide de pratiquer une proctocolectomie gauche avec hysterectomie totale complémentaire.

Intervention :

1 - Hysterectomie totale sans conservation annexielle,
2 - Proctocolectomie gauche.

La vascularisation anatomique défavorable oblige à enlever jusqu'au tiers gauche du transverse.

L'anastomose est réalisée à points séparés à la soie 00 termino-terminale. Points totaux sur le rectum et extra-muqueux sur le colon.

Il s'agit pratiquement d'une anastomose transverso-anale.

Après péritonisation complète sur le petit bassin recouvrant une lame laissée dans le vagin partiellement fermé, la cavité abdominale se présente avec un colon transverse descendant verticalement dans le pelvis et un hypocondre gauche cruenté malgré un essai de péritonisation avec le grand épiploon restant.

Dans ces conditions, pour éviter une éventuelle occlusion mécanique post-opératoire, on décide de fixer l'intestin et l'on réalise :

3 - une plicature fixation du mésentère au catgut chromé n° 2.

Un drain aspiratif est laissé dans la concavité sacrée, loin de l'anastomose et sort en sous-péritonéal dans le flanc gauche.

Paroi catgut chromé,nylon sur la peau.

Les suites sont satisfaisantes bien que la reprise du transit ne s'effectue qu'au 5ème jour.

Commentaire : Il s'agit ici encore d'un exemple d'utilisation du CHILDS fait pour une péritonisation impossible.

oOo

- Observation n° 22 - Madame Sam..., 61 ans :

Cholecystectomie en Juillet 1965 pour adéno-carcinome de la vésicule et dans le même temps ablation d'une tumeur métastatique du colon. Rehospitalisée le 13.10;1965 pour sténose colique.

A l'intervention essaimage péritonéal avec envahissement de la vessie et du Douglas.

Sténose de l'anastomose colique par récidive. La malade ayant formellement refusé l'éventuelité d'un anus de dérivation on pratique une hysterectomie totale :

1 - parce que l'utérus semble envahi,
2 - pour mieux aborder l'ancienne anastomose : résection et nouvelle anastomose colorectale latéro-latérale.

On pratique un CHILDS complémentaire.

Les suites sont simples, les premiers gaz sont éliminés au 3ème jour, les premières selles au 7ème jour.

Cependant la malade décède trois mois plus tard par généralisation du cancer avec métastases hépatiques.

oOo

- Observation n° 23 - Monsieur Dur..., 64 ans :

Est hospitalisé pour un épisode occlusif survenant 3 semaines après un premier épisode sub-occlusif ayant regressé spontanément

Le lavement baryté montre un arrêt sur le transverse et sur le sigmoïde un défilé irrégulier avec diverticules.

Après 48 heures de réanimation, l'occlusion ne cédant pas, on intervient le 18.8.1965.

Intervention : L'exploration montre :

1 - une ascite non sanglante, abondante,
2 - une métastase hépatique de la taille d'un marron à quelques centimètres à droite du lit vésiculaire,
3 - un colon transverse extrêmement dilaté et un grêle modérément dilaté,
4 - une très volumineuse tumeur au tiers gauche du transverse de 15 cms environ de diamètre ; envahissant le grand épiploon et collant à la paroi, mais aussi deux tumeurs malignes, l'une sur le sigmoïde, l'autre légèrement au-dessus de la jonction recto-sigmoïdienne. Ces deux tumeurs sont assez volumineuses et presque sténosantes.

5 - on trouve vers le milieu de l'iléon une autre tumeur métastatique à moitié sténosante et accompagnée d'importantes adénopathies dans le mésentère ;

6 - enfin, de nombreuses granulations péritonéales.

Dans ces conditions, on se trouve en présence d'un cancer pluri-focal du colon avec métastases hépatiques et péritonéales donnant l'impression d'une poussée évolutive aigüe actuelle, ayant occasionné l'occlusion complète.

On décide de pratiquer :

1 - une anastomose iléo-iléale latéro-latérale court-circuitant la métastase iléale,

2 - une anastomose transverso-rectale latéro-latérale en un plan de points séparés de soie. Cette anastomose très difficile à réaliser a nécessité la mobilisation complète du colon gauche par décollement colo-pariétal et une Douglassotomie pour faire remonter le rectum ;

3 - on réalise enfin une plicature fixation du mésentère selon CHILDS en raison des décollements importants qui ont été effectués et du risque d'occlusion mécanique en rapport avec l'anastomose colique.

Une lame laissée dans le décollement sortira par une contre-indision gauche.

Paroi catgut chromé et nylon totaux.

Les suites immédiates sont simples, mais au 15ème jour survient une péritonite pyo-stercorale qui amène à réintervenir.

Réintervention : On débride aisément la médiane qui n'avait pas cicatrisé et on tombe sur une péritonite pyo-stercorale.

La partie antérieure de l'anastomose a laché. Il existe une importante collection purulente sous-hépatique.

Après toilette péritonéale on se rend compte que l'opération de CHILDS précédemment pratiquée est très satisfaisante, le catgut chromé existe toujours.

Les cornets de la partie supérieure du mésentère adhèrent par leurs face mésentériques alors que la grêle reste libre.

La partie inférieure du grêle est occupée par des phénomènes plastiques qui font adhérer les anses les unes autres du fait de la péritonite, mais on reconnaît très bien l'ordonnance des anses en accordéon.

On retrouve une 2ème métastase hépatique au bord postérieur du foie . On décide de pratiquer une grande intervention de propreté. On réalise donc une colectomie gauche et transverse enlevant les trois tumeurs et on abouche la partie proximale du transverse en anus terminal dans le flanc droit après avoir abandonné le bout rectal que l'on suture en deux plans.

La cavité péritonéale est largement drainée par quatre drains de Penrose qui sortent dans les flancs et une lame dans le Douglas qui sortira par contre-incision gauche.

Le malade décède le lendemain.

Commentaire : La mort n'est pas dûe au CHILDS, mais à la gravité des lésions.

Néanmoins, il aurait sûrement été préférable de pratiquer lors de la première intervention :

- soit un simple anus de dérivation étant donné l'importance des lésions,
- soit une colectomie gauche étendue avec anus transverse droit terminal.

oOo

- Observation n° 24 - Monsieur Lac..., 63 ans :

Entre dans le service le 23.11.1964 pour un néoplasme du colon ascendant.

Intervention :

Il s'agit d'une tumeur du bord mésocolique de l'ascendant juste au-dessus de l'implantation de l'iléon. Il y a quelques ganglions dans le mésocolon, mais il n'y a pas de métastases péritonéales ni hépatiques.

On pratique une hémicolectomie droite en sectionnant le transverse à son tiers gauche. Rétablissement de la continuité par anastomose termino-terminale iléo-colique par un plan de

points séparés de soie. On complète l'intervention par un CHILDS de principe.

Les suites sont troublées.

Au deuxième jour apparaissent des troubles de la conscience avec agitation, puis un coma avec très importantes altérations de l'électroencéphalogramme.

Le transit se rétablit au 4ème jour.

Malgré un traitement complexe avec assistance respiratoire, le malade décède au 7ème jour.

La vérification n'a pu être pratiquée.

Commentaire :

Le transit avait repris dans les délais habituels.

La pathogénie des troubles nerveux reste obscure :

- métastases cérébrales,
- encéphalopathie éthylique.

oOo

- Observation n° 25 - Madame Clo..., 71 ans :

Entre dans le service pour occlusion fébrile sans signes de localisation. Etant donné l'âge on pense à une appendicite.

Intervention par voie iliaque droite prolongée horizontalement vers la gauche devant un appendice et des annexes droites normales.

Existence d'un pyo-salpinx gauche avec réaction inflammatoire englobant le sigmoïde, mais il n'existe pas de dilatation du colon sus-jacent et a fortiori du grêle.

Annexectomie gauche difficile que l'on termine par un drainage ressortant sus-pubien.

Les suites sont simples si ce n'est une suppuration persistante au niveau de l'orifice de drainage.

Un lavement baryté montre cependant une sigmoïdite diverticulaire et la rectoscopie montre une sténose avec muqueuse normale.

La malade revient 4 mois plus tard avec une occlusion fébrile et une fistule stercorale au niveau de la fosse iliaque droite. Le lavement baryté montre une sigmoïdite et la fistulographie met en évidence un trajet horizontal aboutissant au sigmoïde.

En fait, il devait donc déjà s'agir, en 1961, d'un abcès peri-sigmoïdien englobant la trompe gauche.

L'intervention montre :

1 - une fistule entre le sigmoïde et l'avant-fernière anse iléale,
2 - une fistule de la fin de l'iléon au niveau de la fosse iliaque droite si bien qu'il s'agit d'une fistule sigmoïdienne empruntant la dernière anse iléale pour s'extérioriser dans la fosse iliaque droite.

Devant l'état précaire de cette malade on se contente de :

1 - fermer la fistule sigmoïdienne,
2 - reséquer la dernière anse grêle "court-circuitante" et de terminer par une opération de CHILDS.

Les suites sont d'abord simples : reprise du transit le 5ème jour, mais au 17ème jour, après ouverture d'un abcès de paroi, réapparaît une fistule stercorale vraisemblablement sigmoïdienne.

L'évolution est cependant favorable et la malade quitte le service en allant à la selle par les voies naturelles.

oOo

- Observation n° 26 - Madame Mar..., 37 ans :

Est hospitalisée en Mai 1964 pour un syndrome douloureux paroxystique para-ombilical d'apparition récente avec signes d'obstruction intestinale.

Le transit du grêle et le lavement baryté n'ayant rien montré de concluant, on décide l'intervention exploratrice devant l'échec du traitement médical prolongé.

Intervention (26.4.1964) :

L'exploration complète de l'abdomen et du pelvis retrouve comme seule anomalie réelle l'existence de brides indiscutables

situées au niveau de l'angle gauche du colon intéressant le pôle inférieur de la rate, le grand épiploon et plicaturant en canon de fusil l'angle gauche du colon.

On note une dilatation du transverse contrastant avec le calibre normal du colon descendant.

L'angle gauche est entièrement libéré : on vérifie l'absence de tumeur. On retrouve simplement un petit diverticule sur la partie descendante renfermant un stercolithe que l'on peut enlever.

Les suites sont simples et la malade va bien pendant 4 mois puis vers le milieu d'Octobre 1964 réapparaissent :

- constipation,
- douleurs continues avec paroxysme irradiant à gauche et dans le dos avec balonnement.

Un nouveau transit du grêle montre d'importantes adhérences intestinales avec possibilité d'une péritonite rébro-adhésive.

On décide une nouvelle intervention.

2ème intervention (10.3.1965) :

L'exploration de la cavité abdominale montre :

1 - que le caecum et la partie inférieure du colon ascendant sont extrêmement mobiles et permettent au bas fond caecal de remonter jusqu'à l'hypocondre gauche ;

2 - qu'il existe des petites plages de mésentérite dont on prélève une partie pour examen histologique, des ganglions mésentériques à peine augmentés de volume qui ne paraissent pas pathologiques,

3 - et surtout on retrouve comme la première fois un bloc adhérentiel très important accolant l'angle gauche du colon et le grand épiploon à la rate et à la paroi.

Dans ces conditions :

a - une libération de l'angle colique gauche sur lequel on ne retrouve aucune lésion organique. Une épiplocectomie enlevant la moitié gauche du grand épiploon. On laissera un drain aspiratif dans le décollement colo-pariétal.

b - une colo-caecopexie à la soie,

c - une plicature du mésentère par trois anses de catgut chromé n° 2.

Les suites sont simples, le transit reprend le 4ème Jour.

oOo

- Observation n° 27 - Monsieur Roc..., 20 ans :

Il s'agit d'une recto-colite ulcéro-hémorragique chez un chomme de 20 ans rebelle au traitement médical, ayant provoqué des épisodes du subocclusion.

Intervention :

L'exploration montre qu'il n'existe aucune atteinte de l'intestin grêle.

Le colon est extrérieurement d'apparence normale, mais il existe de nombreux ganglions dans les mésos et l'on note l'apparition rapide d'une sérosité visqueuse sur les anses.

On sectionne le ligament gastro-colique et l'on libère les deux angles, puis on décolle le colon ascendant et le descendant jusqu'à la partie basse du sigmoïde.

Ligature et section des mésos non loin du bord intestinal, mésentérique et mésocolique. Section du grêle à 20 cm de la valcule de Bauhin en zone apparemment saine. Section du sigmoïde à 10 cms au-dessus du Douglas : on est ici en zone pathologique, le sigmoïde est un peu dilaté, sa paroi est épaisse mais non friable, la muqueuse est très congestive et fragile. Etant donné l'incongruence des deux bouts on décide de pratiquer une anastomose iléo-sigmoïdienne termino-latérale.

Pas de péritonisation mais l'intervention est terminée par un CHILDS depuis la première anse jusqu'à l'anse rejoignant le sigmoïde.

Les suites sont des plus simples, selles au 3ème jour.

oOo

- Observation n° 28 - Monsieur Del..., 42 ans :

Est hospitalisé pour un syndrome douloureux de l'hypocondre gauche avec irradiation postérieure et des signes de subocclusion.

Dans les antécédents :

1 - un éthylisme actuellement amendé,

2 - une péritonite appendiculaire.

A l'examen on perçoit une masse épigastrique.

Le transit gastro-duodénal ne montre ni élargissement du cadre duodénal, ni refoulement de la grande courbure.

Le lavement baryté montre une dilatation du transverse et du colon droit.

On évoque la possibilité d'un kyste pancréatique.

Intervention (8.6.1965) :

Médiane sus-ombilicale. Il existe un faux kyste de la queue et du corps du pancréas. La ponction ramène un liquide caractéristique. La radio per-opératoire montre que le kyste ne communique pas avec le Wirsung.

On pratique :

- une splenectomie,
- une pancréatectomie gauche jusqu'à l'aplomb du tronc porte, ce qui permet une exérèse complète.

On repère sur la tranche pancréatique le Wirsung qui est ligaturé à la soie fine.

Drain sortant par une contre-incision gauche.

Devant l'existence d'adhérances du grêle dues à l'appendicectomie on termine par une entéro-plicature de CHILDS.

Suites simples : reprise du transit au 4ème jour.

oOo

- Observation n° 29 - Madame Lho..., 23 ans :

Entre pour pertes noirâtres apparues à la date normale de ses règles, mais se prolongeant au-delà de la durée normale,

d'une petite masse dans le cul de sac droit. A noter par ailleurs une grossesse extra-utérine gauche 3 ans auparavant traitée par salpingectomie.

La malade avertie des possibilités conservatrices d'un segment de trompe, mais des risques d'une nouvelle grossesse extra-utérine, opte pour la technique radicale.

Intervention (19.11.1964) :

Médiane sous-ombilicale itérative reséquant l'ancienne cicatrice chéloïde. A l'ouverture de la cavité péritonéale il existe du sang noir en petite quantité. On découvre :

1 - un hématosalpinx droit : l'extraction de l'oeuf est possible, mais étant donné la volonté de la malade, on pratique une salpingectomie de la moitié externe en conservant néanmoins quatre centimètres internes de la trompe qui est liée à son extrêmité distale. Une tentative de reperméabilisation tubaire sera donc possible ultérieurement ;

2 - de nombreuses adhérences entre les anses grêles et la paroi. Toutes ces adhérences sont libérées et l'on constate qu'il existe deux anses grêles dépéritonisées.

Le risque d'occlusion post-opératoire fait pratiquer une opération de CHILDS par trois anses de nylon n° 2.

Les suites sont simples : gaz au 3ème jour. La malade sort au 9ème jour.

oOo

- Observation n° 30 - Madame Lie..., 79 ans :

Entre en urgence dans le service pour un état occlusif avec syndrome péritonéal ; il s'agit d'une malade en très mauvais état général avec déshydratation intra-cellulaire.

Après une réanimation intense on décide une intervention en urgence :

Médiane sous-ombilicale.

Libération des anses grêles qui sont bloquées dans le petit bassin.

L'exploration montre un pyo-salpinx évident .

Il n'existe pas de lésion néoplasique évidente.

On décide donc de se limiter à une salpingectomie bilatérale sans hystérectomie.

Etant donné l'existence de nombreuses zones dépéritonisées sur le grêle, on termine par une plicature mésentérique de CHILDS.

Suites opératoires :

- relativement favorables : reprise du transit au 3ème jour,
- l'examen histologique montre des lésions tuberculeuses au niveau de la trompe gauche, ce qui fait instituer un traitement antituberculeux par streptomycine, Isoniazide et Cortancyl le 5ème jour.

Cette malade, qui allait bien avec un transit normal fait une éviscération le 9. 7 au 13ème jour, qui entraîne le décès.

Commentaire :

La cause de cette éviscération semble être purement d'origine septique car il n'y avait aucune distention intestinale. Il s'agissait de plus d'une femme âgée en très mauvais été général deshydratée et dénutrie.

oOo

- Observation n° 31 - Mademoiselle Mar...

Entre en urgence pour un syndrome pelvien à début brutal avec état de choc qui fait porter le diagnostic de rupture de grossesse extra-utérine.

Intervention :

par incision de Pfannenstiel montre qu'il s'agit en fait d'une rupture de pyo-salpinx gauche.

Annexectomie gauche.

La découverte d'un abcès intermésentérique déjà organisé et couvert de plusieurs anses agglutinées fait craindre la survenue d'un eocclusion secondaire.

Après libération du grêle, puisamment aidé par le relachement obtenu grâce à une anesthésie excellente, on termine par une plicature mésentérique de CHILDS par 3 anses de catgut chromé.

Les suites sont d'abord simples : gaz au 3ème jour et selles au 4ème jour. Mais au 10ème jour survient un épisode douloureux abdominal avec quelques niveaux liquides sur les radiographies de l'abdomen sans préparation.

Comme un CHILDS a été pratiqué, on institue sous surveillance étroite le traitement médical par aspiration et rééquilibration, qui entraîne la guérison de cet incident.

oOo -

- Observation n° 32 - Madame Kug..., 28 ans :

Entre dans le service le 12 décembre 1964, deux jours après une fausse-couche d'une grossesse de un mois.

Elle présente alors un abdomen douloureux et ballonné avec des signes physiques de pelvi-péritonite, un point de côté à la base droite du thorax avec foyer visible sur la radiographie et une élévation thermique à 39°.

Deux hémocultures sont négatives.

Le curetage est pratiqué quelques heures après le début du traitement antibiotique à fortes doses ; il ramène des débris placentaires et ne montre pas de perforation utérine.

Malgré le traitement, la température reste accrochée à 38°5.

La diurèse reste bonne mais l'état abdominal s'aggrave avec persistance d'un ballonnnement important et l'état psychique de la malade évolue vers la confusion.

On décide donc de pratiquer une laparotomie exploratrice le 24.12.1964.

Intervention :

Dès l'ouverture on note l'issue de pus franc que l'on prélève pour examen bactériologique et antibiogramme?

La cavité abdominale est le siège de foyers purulents multiples avec de très nombreuses fausses membranes.

L'exploration ne montre pas de perforation utérine ou intestinale évidente et l'origine de cette péritonite est attribuée à un abcès de l'ovaire gauche que l'on enlève, conservant

la trompe gauche et l'annexe droite qui est normale ; il s'agit d'une péritonite par diffusion.

On libère ensuite la totalité du grêle qui est fortement dépéritonisé et laisse suinter une sérosité abondante. On effondre aussi un volumineux abcès pariéto-colique et sous-hépatique droit. Au cours de ces manoeuvres une zone friable de la face antérieure du caecum est ouverte et aussitôt refermée par trois bourses d'enfouissement à la soie 00.

On pratique une intervention de CHILDS intéressant la totalité du grêle, en passant trois anses de catgut chromé n° 3. Une toilette soigneuse de la cavité péritonéale est pratiquée et on draine par deux lames, l'une sortant par une contre-incision droite au niveau de la région sous-hépatique, l'autre placée dans le Douglas sort par la partie inférieure de la médiane.

Fermeture pariétale en un plan total.

Suites : La reprise du transit est retardée au 7ème jour mais l'état de la malade s'améliore et la température se normalise. Les deux drains sont enlevés mais par l'orifice sous-hépatique apparaît un écoulement purulent puis sterocoral, vraisemblablement fistule caecale.

On institue une irrigation par l'acide lactique qui est un échec : 3 semaines après l'intervention, on obture la fistule par un pansement serré (Méthode de Kirschner).

L'écoulement se tarit et les évacuations rectales sont normales. Après 8 jours l'écoulement est tari,mais la malade perçoit encore l'émission de gaz par la fistule.

Après quelques jours, l'écoulement reprend et apparaît un abcès péri-ombilical avec fièvre à 39°.

L'abcès est incis et s'arrange bien. Au bout de cinq semaines la fistule est complètement tarie et la malade part en convalescence.

oOo

- Observation n° 33 - Madame Tes..., 34 ans :

Entre en urgence pour occlusion du grêle. Dans les antécédents chirurgicaux intervention pour appendicite aigue 10 ans auparavant.

Intervention en urgence le 4.11.1964 :

Médiane à cheval sur l'ombilic.

Il existe une adhérence d'une anse jéjunale à la face antérieure du caecum avec trois tours de spire et dans le trou ainsi délimité s'engage un paquet d'anses iléales.

On peut réintégrer les anses sans arrière pensée après avoir pratiqué une plicature du mésentère selon CHILDS pour éviter la possibilité d'une éventuelle récidive.

Les suites sont des plus simples.

Le transit reprend au 4ème jour.

Au 12ème jour on pratique un transit du grêle qui montre un passage régulier de l'index baryté qui atteint le caecum en 5 heures.

oOo

- Observation n° 34 - Madame Moq..., 74 ans :

Entre en urgence pour une occlusion. Il s'agit d'une femme antérieurement hysterectomisée mais plus qu'à une occlusion par bride on pense à un infarctus du mésentère en raison des calcifications aortiques et mésentériques.

Intervention : montre qu'il s'agit en fait d'une occlusion du grêle par incarcération de la dernière anse dans la péritonisation du petit bassin. Libération de l'anse ainsi que de plusieurs brides. On pratique l'opération de CHILDS évitant ainsi les conséquences éventuelles d'autres brides.

Suites simples : reprise du transit au 3ème jour, selles au 4ème jour.

oOo

- Observation n° 35 : Monsieur Sau..., 85 ans :

Entre en urgence pour une grosse éventration étranglée sur une incision paramédiane droite.

Intervention :

On repasse par la même voie d'abord et l'on met en évidence une énorme éventration étranglée intéressant l'intestin grêle qui s'engage à travers un orifice large comme une paume, mais à bord très scléreux et avec de nombreuses adhérences des anses au fond du sac. On débirde cet anneau et l'on explore l'intestin grêle ; il existe trois anses vineuses mais dont la vitalité est bonne surtout après attente sous sérum chaud.

On pratique une intervention de CHILDS avec deux catguts chromés. La cure de l'éventration est réalisée selon le procédé du "paletot" en alternant le catgut chromé et le nylon.

Fermeture pariétale sur drain aspiratif.

Les suites sont des plus simples : reprise du transit au 3ème jour et le malade quitte le service le 12ème jour.

oOo

NOM - AGE	LESIONS	INTERVENTION	SUITES	REPRISE DU TRANSIT
Mme LAM... 60 ans	Sigmoïdite	Colectomie gauche + CHILDS	Décédée le 2e jour dans un tableau de choc toxi-infectieux par suppuration sous péritonéale.	4ème jour
Mme PAR... 72 ans	Sigmoïdite perforée = Hartmann	Rétablissement de la continuité + CHILDS	simples	gaz au 3ème jour Selles au 4ème jour
Mr BEC... 63 ans	Sigmoïdite	Colectomie segmentaire avec anastomose colorectale + CHILDS	simples	gaz au 5ème jour selles au 7ème
Mr MAN... 39 ans	Cancer du rectum	BabcocK + CHILDS	simples malgré un épisode sub-occlusif au 5ème jour	gaz au 2ème jour selles au 4ème
Mr BON... 42 ans	Cancer du rectum	Amputation abdomino-périnéale + greffon iléal colo-périnéal + CHILDS	Compliquées par nécrose du greffon et abcès du la FIG = réintervention désunion pariétale + fistule du grêle : guérison par traitement médical.	
Mme OPP... 67 ans	Sténose d'une anastomose colique 4 mois après une colectomie segmentaire pour sigmoïdite	Recoupe et nouvelle anastomose + CHILDS	simples	

NOM - AGE	LESIONS	INTERVENTION	SUITES	REPRISE DU TRAVAIL
Mme DOL... 70 ans	Cancer du rectum	procto colectomie + hystérectomie + CHILDS	simples	selles au 5ème jour
Mme SAM... 61 ans	Sténose colique après exérèse d'un cancer de la vésicule avec métastase colique	hystérectomie + résection colique itérative + CHILDS	compliquées par une embolie pulmonaire sans gravité.	gaz au 3ème jour selles au 7ème
Mr DUT... 64 ans	Tumeurs coliques multiples + métastases	Anastomose colorectale latéro-latérale + CHILDS	Compliquées au 13e jour par lachage de suture, réintervention : catgut chromé intact - décédé le lendemain.	
Mr LAC... 63 ans	cancer du colon droit	hémi-colectomie droite + CHILDS	Décédé au 7ème jour de complications neurologiques	transit repris au 5e jour
Mr CLO... 71 ans	Fistule d'une sigmoïdite au niveau de la FIG par l'intermédiaire d'une fistule iléo-colique et d'une fistule iléale.	fermeture de la fistule sigmoïdienne + résection du grêle + CHILDS	réouverture de la fiscule mais persistance du transit et guérison par traitement médical	selles au 5ème jour
Mme MAR... 37 ans	Mobilité anormale du colon droit + canon de fusil des 2 branches de l'angle gauche + mésentérite rétractile du grêle.	Libération du colon gauche + caecopexie + CHILDS	simples	

NOM -AGE	LESIONS	INTERVENTION	SUITES	REPRISE DU TRANSIT
Mr ROC... 20 ans	Recto colite ulcéro hémorragique	Colectomie totale avec anastomose iléo rectale + CHILDS	simples	selles au 3ème jour
Mr DEL... 42 ans	Faux kyste du pancréas	Pancréatectomie corporéo caudale + splénectomie + CHILDS	simples	gaz au 3ème jour selles au 4ème
Mme LHO... 23 ans	2e GEU avec nombreuses adhérences du grêle datant de la lère intervention	Annexectomie + libération + CHILDS	simples	gaz au 3ème jour selles au 4ème
Mme LIE... 79 ans	Péritonite par rupture de pyosalpinx	Salpingectomie bilatérale + CHILDS	d'abord simples mais éviscération au 9ème jour décédée	selles au 5ème jour
Melle MAI...	Rupture de pyosalpyn avec abcès intermésentérique	Annexectomie + CHILDS	simples	gaz au 3ème jour selles au 4ème
Mme KUG... 28 ans	Péritonite par diffusion post-abortum avec abcès à l'ovaire	Ovarectomie + CHILDS	compliquées par une fistule caecale en rapport avec traumatisme opératoire	7ème jour
Mme TES...	Occlusion par brides post-appendiculaires	Libération + CHILDS	simples	selles au 5ème jour

NOM - AGE	LESIONS	INTERVENTION	SUITES	REPRISE DU TRANSIT
Mme MOQ...	Occlusion par incarcération d'une anse dans la péritonisation du petit bassin après hystérectomie.	Libération + CHILDS	simples	gaz au 2ème jour selles au 4ème
Mr SAU...	Eventration étranglée	CHILDS + cure de l'éventration	simples	gaz au 3ème jour selles au 6ème

Au total, le bilan global de ces 21 CHILDS préventils s'établit de la façon suivante :

- 4 décès,
- 17 bons résultats.

Mais l'étude de ces observations a montré que les décès n'étaient pas imputables à la plicature mésentérique elle-même, mais aux lésions initiales.

- Dans l'observation n° 15, le décès est imputable à un abcès sous-péritonéal avec drainage insuffisant et cellulite qui a entraîné un état septicémique avec choc toxi-infectieux ;
- Dans l'observation n° 23, il s'agissait d'une tumeur colique à plusieurs localisations avec ascite et métastases multiples. La tactique opératoire adoptée est très discutable et le décès est dû à une péritonite par lachage chez un homme présentant des lésions très importantes;
- Dans l'observation n° 24, les suites abdominales étaient simples, mais la 48ème heure, s'était installé un coma avec atteinte neurologique dont l'étiologie exacte reste discutable ;
- Enfin, dans l'observation n° 30, le transit avait repris dans les délais normaux, mais cette femme de 79 ans, présentant une péritonite par rupture de pyo-salpins a fait une éviscération au 9ème jour qui a entraîné le décès.

B I L A N

Nous avons donc 8 décès pour 36 CHILDS, soit 22 % de mortalité, mais nous avons vu au cours de l'étude de ces observations, qu'aucun décès n'était dû à l'utilisation de la plicature du mésentère, mais :

- soit à des affections intercurrentes,
- soit, à l'évolution fatale des lésions qui avaient entraîné l'intervention.

I - LES COMPLICATIONS APRES CHILDS.

Passons en revue maintenant les complications survenues après l'utilisation de la plicature du mésentère.

Nous pouvons les répartir dans 3 chapîtres :

- les FISTULES,
- les DESUNIONS PARIETALES,
- les OCCLUSIONS.

oOo

I - LES FISTULES.

Nous n'envisagerons ici que les fistules survenues après l'exécution du CHILDS et non pas les fistules qui ont justifié lors de la réintervention l'utilisation de la plicature mésentérique.

Nous pouvons donc éliminer les observations n° 7, 8 et 9. En effet :

- dans l'observation n° 7, la suture du grêle a laché et ce n'est que lors de la réintervention que le CHILDS a été pratiqué,
- dans les observations 8 et 9 qui sont des lachages d'anastomose colique, le CHILDS n'a été pratiqué que lors de la réintervention. A propos de ces deux observations dans lesquelles les complications se sont manifestées par des occlusions fébriles, on peut se demander si la réintervention aurait été nécessaire si la plicature mésentérique avait été faite à titre préventif lors de la première intervention. Dans les deux cas en effet, l'occlusion était due à une anse grêle venue s'accoler pour limiter l'abcès péri-colique.

Restent donc à étudier :

- 3 fistules coliques : observations n° 23, 35 et 32,
- 3 fistules du grêle : observations n° 5, 14 et 20.

Pour les 3 premières, il est évident que le CHILDS n'est pour rien dans la survenue de ces fistules puisqu'elles sont coliques.

- Observation n° 23 : lâchage d'anastomose transverso-rectale pour cancer colique à multiples localisations avec métastases et ascite.

  La mort est survenue, mais il s'agissait de lésions importantes et le malade a fait une péritonite avec choc toxi-infectieux.

- Observation n° 25 : il existait une fistule sigmoïdo-iléale et une fistule externe du grêle. Lors de la première intervention on a réséqué l'anse grêle qui servait de trajet à la fistule sigmoïdienne, fermé la fistule sigmoïdienne due à une

sigmoïdite sans enlever les lésions étant donné leur importance et l'état de la malade et terminé par un CHILDS.

Les suites ont été marquées par une nouvelle fistule sigmoïdienne. L'évolution a finalement été favorable sans réintervention et sans aucun phénomène occlusif au niveau du grêle.

On peut penser que cette évolution favorable a été favorisée par cette plicature mésentérique.

- Observation n° 32 : la fistule caecale est survenue après plaie opératoire du caecum chez une malade présentant une péritonite généralisée par diffusion post-abortum avec abcès de l'ovaire. L'évolution a été favorable spontanément. L'existence d'un CHILDS semble donc faciliter l'évolution spontanément favorable des fistules coliques.

Les 3 fistules du grêle sont survenues après plaies opératoires du grêle au cours de la libération :

- Observation n° 5 : brèche d'une anse grêle au cours de la libération d'une péritonite encapsulante un an après une intervention pour cancer du rectum.

  La fistule a entraîné l'issue fatale par dénutrition irréversible et cachexie.

- Les observations n° 14 et 20 où la cause des fistules est également un traumatisme opératoire du grêle non pas lors du passage des fils pour la plicature, mais au cours de la libération, ont eu une évolution plus favorable. Nous y reviendrons.

oOo

2 - LES "EVISCERATIONS" OU DESUNIONS PARIETALES.

En effet, on ne peut parler d'éviscération proprement dite, puisque le grêle reste dans la cavité abdominale, rangé dans un ordre parfait, mais exposé à l'air libre.

Nous avons 4 observations : n° 8, 14, 20 et 30.

Parmi ces 4 cas, un seul a entraîné le décès, bien qu'aucun des 4 n'ait donné lieu à réintervention.

Le cas mortel est l'observation n° 30, d'une femme de 79 ans qui avait été opérée pour une péritonite par rupture de pyosalpinx, qui a fait une éviscération au 9ème jour alors que les suites étaient favorables dans l'immédiat, avec reprise du transit au 3ème jour.

Elle est morte quelques heures après la survenue de cette éviscération dont la cause semble être une nécrose infectieuse de la paroi, secondaire à la péritonite.

Les trois autres cas s'accompagnaient tous de fistules intestinales.

- Observation n° 8 : fistule colique après colectomie pour cancer.
- Observations n° 14 et 20 : fistules du grêle.

Nous en avons déjà parlé, nous y reviendrons.

On peut d'ores et déjà dire que la survenue d'une désunion de la paroi chez un malade ayant eu une plicature du mésentère a des conséquences moins dramatiques et ne nécessite pas une réintervention en urgence.

3 - LES OCCLUSIONS.

Nous en avons trois observations :

- Dans l'observation n° 4, il s'agit d'un homme de 30 ans opéré 8 ans auparavant pour un accident infectieux du diverticule de Meckel.

Il fait successivement deux accidents occlusifs en l'espace de 8 jours, qui nécessitent à chaque fois une intervention.

Au cours de la deuxième, une plicature mésentérique est faite. Trois mois plus tard, un nouvel accident occlusif avec deux niveaux liquides à la radio.

Tout rentre dans l'ordre sous traitement médical.

Le malade a été revu en Décembre 1965, soit un an après cet accident. Il n'y a plus aucun trouble du transit.

- Dans l'observation n° 13, c'est une femme de 57 ans qui a eu une hystérectomie totale pour carcinome ovarien.

Au 5ème jour, une occlusion conduit à réintervenir pour libérer des adhérences et faire une plicature mésentérique.

La malade est réhospitalisée après quelques mois pour un accident au niveau du grêle dont le simple traitement médical est venu à bout.

- Dans l'observation n° 31, il s'agit d'un accident occlusif au 10ème jour après un CHILDS pratiqué lors d'une intervention pour péritonite par rupture de pyo-salpinx. Le traitement médical en est rapidement venu à bout.

Nous n'avons donc aucun cas d'occlusion ayant conduit à réintervenir.

Nous avons pour attitude lorsqu'un accident occlusif se produit chez un malade ayant eu une plicature mésentérique, de considérer que le traitement médical doit suffire à guérir l'accident occlusif.

Nous n'intervenons jamais d'urgence, mais surveillons de près l'évolution sous traitement médical par aspiration, rééquilibration.

On peut penser que des occlusions imposant la réintervention sont possibles.

Effectivement, les fils peuvent couper et libérer les anses extrêmes.

Ces anses peuvent alors se volvuler et s'engager sous un fil s'il n'est pas suffisamment serré.

Une observation a été publiée par FORSTER et RICHARD, où, lors d'une réintervention pour une éventration,de telles constatations ont été faites sans pour autant avoir été cause d'une occlusion.

La survenue d'occlusions après CHILDS est donc possible, et nous n'avons pas encore assez de recul pour avoir une idée précise de ce risque occlusif.

Comme dans le NOBLE, ce risque vient d'un lachage partiel, mais dans le CHILDS, le lachage ne peut être anarchique, et ce sont les anses extrêmes qui seront libérées en premier.

Le danger occlusif peut alors être dû à deux causes :
- une anse vient s'insinuer dans la boucle du fil,
- ou bien une anse bient entre deux feuillets non accolés.

Le risque semble donc être diminué par l'utilisation du catgut chromé, fil de gros diamètre ayant moins tendance à couper qu'un fil non résorbable.

Cette diminution du risque occlusif s'accompagne peut-être d'une diminution d'efficacité de la plicature. Notre expérience semble cependant l'infirmer puisque depuis deux ans, la plupart des plicatures mésentériques ont été faites au catgut chromé.

oOo

II - LES AVANTAGES.

Il nous est maintenant possible d'établir les points positifs de l'emploi du CHILDS prophylactique.

1 - La fermeture pariétale est facilitée.

L'ensemble de l'intestin grêle réintègre sans difficulté la cavité abdominale où il demeure bien aligné et maintenu sans aucune tendance à s'extérioriser sous la poussée du diaphragme et des muscles abdominaux.

L'épiploon se trouve disposé, comme le tablier qu'il est, sur tout l'ensemble qu'il recouvre.

Si même des adhérences devaient se faire entre grêle et grand épiploon, elles n'auraient pas d'effet occlusif.

La suture des divers plans pariétaux n'est pas gênée par la poussée du grêle et peut être aussi exacte que possible. On a bien entendu disposé à son gré un drainage que rien ne viendra déplacer ou isoler.

II - La péritonisation parfaite n'est plus une exigence rigoureuse.

Ceci est un avantage considérable. Les anses grêles ne risquent plus de venir se coincer dans une brèches péritonéale ou d'adhérer à une zone dépéritonisée en créant un coude occlusif.

C'est avantage n'est pas à négliger:

= dans la chirurgie colo-rectale,
- notamment les colectomies totales,
- les amputations du rectum tant pour la péritonisation du pelvis que la fermeture de la gouttière pariéto-colique lorsqu'on termine par un anus sans extra-péritoniser le colon ;
= dans la chirurgie gynécologique majeure :
- pelvectomies.

Certains diront qu'on arrive toujours à péritoniser en utilisant des artifices : - utilisation du mésentère,
- passage de fils en bourse.

En fait, cette affirmation est contestable.

De plus, si on arrive à réaliser une péritonisation au moment de l'intervention, on peut se demander quel est le devenir de cette peau de tambour à la limite de la rupture ou de la déchirure lorsque tout le grêle exercera sa poussée à laquelle va s'ajouter la pression musculaire une fois la paroi abdominale refermée.

III - Suppression de l'éventualité de l'occlusion mécanique post-opératoire précoce.

Tous les CHILDS prophylactiques que nous avons faits ont permis la reprise simple et précoce du transit quelle que soit la lésion organique en cause.

En règle générale, elle se fait le troisième ou le quatrième jour avec un minimum de désagrément les jours précédents, quelques nausées, mais pas de douleurs.

Nous n'avons plus observé d'occlusions précoces, même dans les cas où demeuraient dans la cavité abdominale et le pelvis, certains secteurs dépéritonisés ou des foyers septiques probables.

Il y a certainement d'autres moyens d'éviter les adhérences péritonéales post-opératoires.

LEVY et DUCASSE pronent l'emploi d'une solution d'acétate d'hydrocortisone et d'antibiotiques au moment même de l'intervention, mais dès qu'il s'agit d'opérations majeures, les auteurs pensent que l'intervention de CHILDS doit être associée à l'hydrocortisone. Dans ce cas, il nous semble préférable de guider les adhérences que d'en empêcher théoriquement l'apparition.

IV - La diminution du risque d'éviscération provient certainement du fait que l'intervention diminue le ballonnement, supprime le risque occlusif et par conséquent atténue la tension parfois importante que doit supporter la cicatrice.

Le météorisme est moindre, et c'est un élément indiscutable même si l'on admet avec VILAIN que cette cause mécanique n'est pas le facteur essentiel de l'éviscération.

Car, comment penser qu'une suture intestinale sous traction risque de fistuliser et qu'une aponévrose, tissu encore moins vascularisé résistera mieux à de fortes sollicitations.

Mais, plus encore que la diminution de la fréquence de l'éviscération, il faut insister sur la moindre gravité de cette éventualité.

Si une éviscération survient, l'infection aponévrotique étant ou n'étant pas la cause essentielle de cette survenue, elle n'a plus le même pronostic péjoratif.

La désunion pariétale n'entraîne pas l'issue du grêle et son incarcération. Le traitement de cette éviscération ne nécessite pas la réintervention d'urgence, mais peut être acquis par des moyens plus simples.

V - La diminution du risque de fistulisation est également certaine.

Certes, notre petite statistique, comme d'autres, comprend des cas de fistules intestinales.

Il s'agissait de CHILDS curatifs ou préventifs, mais ce n'est jamais le procédé lui-même qui en est responsable, mais bien les plaies viscérales faites en cours d'intervention dont la cure n'a pas été suivie de succès.

VI - Cette opération simplifie le diagnostic des complications postopératoires éventuelles.

Dans bien des cas de chirurgie majeure abdominale, où une complication conduit à la réintervention, on réopère sans avoir un diagnostic toujours certain :

- Lachage d'anastomose, peristance de foyers septiques,
- Occlusions inflammatoires ou mixtes.

Lorsqu'un CHILDS a été fait, soit après une exérèse abdominale, ou pour une péritonite, le risque occlusif est pratiquement supprimé, le diagnostic des complications éventuelles est donc facilité, et, en cas de fistule, il ne se produit généralement pas d'occlusion, ce qui évite de réintervenir.

Ex : Observation n° 32, fistule caecale.

De plus, si un CHILDS a été fait lors d'une réintervention pour fistule ou occlusion précoce, l'évolution ultérieure, même si elle est compliquée, permet généralement de surseoir à une nouvelle réintervention qui risquerait d'être fatale : Témoins les trois observations n° 9, 14 et 20.

Ces trois observations sont particulièrement intéressantes, car elles concernent des complications post-opératoires de très haute gravité qui n'ont pas nécessité de réintervention et qui ont guéri.

Le CHILDS a empêché d'une part l'éviscération avec intestin "hors du ventre", d'autre part, l'occlusion du grêle mécanique (coudures, volvulus) post-péritonique : le transit rapidement rétabli s'est maintenu tout au long de l'évolution.

Grâce à cette véritable prophylaxie de l'éviscération et de l'occlusion mécanique, une réintervention a été heureusement évitée. Nous sommes convaincus de la vanité de certaines réinterventions (réfection de paroi après éviscération et suture après lachage d'anastomoses) dans quelques cas bien déterminés.

Ces mauvais cas ne rencontrent dans la période post-opératoire immédiate (1ère semaine) chez des opérés qui ont subi une importante intervention et surtout chez les "suppurants" hautement fébriles.

L'état de dénutrition pré-opératoire intervient très inconstamment et pour une part probablement faible. Ce qui importe, c'est que ces malades se trouvent en état d'hypercatabolisme forcené :leurs muscles fondent littéralement, leur paroi se désunit inéluctablement, les anastomoses ne prennent pas;l'aspect de la cicatrice opératoire en est le témoin évident : amincissement, désunion progressive, absence de tissu de granulation.

La technique opératoire aussi parfaite et ingénieuse soit-elle, n'est pas en cause : rien ne cicatrise.

Chez ces malades "intouchables", le CHILDS prophylactique permet la mise en train d'un traitement médical (traitement anti infectieux, apport énergétique suffisant pour permettre un anabolisme) sans arrière-pensée, ni regret d'avoir laissé passer l'heure d'une réintervention vouée à l'échec.

III - LES INCONVENIENTS.

Il convient maintenant d'apprécier le passif des opérations de CHILDS prophylactiques.

1 - L'allongement de l'acte chirurgical est négligeable et ne peut en rien changer le pronostic opératoire immédiat.

2 - La reprise du transit se fait dans des délais normaux.
Les gaz sont éliminés une fois le 2ème jour,
dix fois le 3ème jour,
cinq fois le 4ème jour.

Les selles réapparaissent généralement le lendemain de l'émission des gaz. Deux fois seulement il y a eu une discordance entre la reprise du transit gazeux et celle des matières qui a été retardée trois fois jusqu'au 7ème jour, deux opérés se sont plains d'une barre épigastrique très pénible.

3 - Nos premières observations remontent à 4 ans. Certes, il faut reconnaître la fréquence de crampes douloureuses abdominales affectant parfois l'allure de crises subocclusives.

Sachant l'opération que nous avions pratiquée, nous avons refusé d'intervenir, et le traitement médical a suffi à rétablir le transit.

MAC CARTHY et SHARF signalent ces crampes douloureuses comme une éventualité à connaître :

Deux fois nous avons observé une occlusion aigüe du grêle dans les suites éloignées :

- un homme a été réhospitalisé 3 mois après un CHILDS avec deux niveaux liquides sur l'abdomen sans préparation,
- une femme un an après un CHILDS a été hospitalisée pour un syndrome occlusif aigu franc avec vomissements et arrêt des matières et des gaz depuis 48 heures.

L'examen radiologique sans préparation donna l'image indiscutable d'une occlusion du grêle. Mais les antécédents de cette malade qui avait une tumeur végétante de l'ovaire et la connaissance du CHILDS pratiqué antérieurement nous ont encore décidés à l'abstention vigilante. La guérison survint quelques heures après et se maintient depuis 3 mois.

4 - Nous nous sommes déjà expliqués sur la possibilité de fistule secondaire au CHILDS. Nous n'en avons jamais eu dans le CHILDS prophylactique fait selon la technique modifiée, le fil passant à quelques cms du bord intestinal mésentérique.

5 - Un argument contre l'utilisation systématique de cette intervention peut être formulé. L'intestin grêle est un matériel de plastie que le chirurgien peut être amené à utiliser dans de nombreux domaines de la chirurgie abdomino-thoracique:

- chirurgie biliaire : réparations biliaires,
- chirurgie gastrique : rétablissement de la continuité après gastrectomie totale ou partielle,
- chirurgie urologique.

Mais il est toujours possible de défaire un CHILDS et nous avons deux observations où le CHILDS n'a pas gêné l'exécution ni d'une résection du grêle ou la cure chirurgicale de fistule du grêle.

oOo

C O N C L U S I O N S

Au terme de cette étude qui, certe, porte sur un nombre insuffisant de cas et qui surtout comporte un recul encore insuffisant, il nous semble cependant possible d'établir un certain nombre de points.

L'opération de CHILDS et PHILLIPS peut être modifée quelque peu du point de vue technique sans inconvénients :

- les fils doivent passer au-delà des 2 ou 3 mms du bord mésentérique de la technique originale,
- il est préférable d'utiliser du catgut chromé de gros calibre qu'un fil non résorbable.

Cette intervention a définitivement supplanté l'opération de NOBLE comme traitement des occlusions récidivantes et des péritonites fibro-adhésives.

Son utilisation peut être étendue et utilisée dans les réinterventions pour occlusions précoces, fistules et péritonites pour éviter d'éventuelles complications en chaînes dans les suites de cette réintervention : occlusions itératives, éviscérations. Elle permettra ainsi de surseoir à une seconde réintervention si la première n'a pas entraîné la guérison. Le transit intestinal étant assuré, le traitement médical permettra alors d'attendre la cessation de l'hypercatabolisme de la phase aigüe qui vouerait à l'échec toute tentative chirurgicale. La guérison surviendra alors spontanément, où l'on pourra réintervenir lorsque le terrain sera amélioré.

Enfin lorsqu'au décours d'une intervention abdominale majeure on évalue un risque occlusif non négligeable :

- difficultés de péritonisation essentiellement,
- existence de brides ou d'adhérences multiples due à une précédente intervention abdominale.

Il semble logique d'utiliser cette opération dans un but prophylactique.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur ROUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

- CHILDS et PHILLIPS : Utilisation de la plicature de l'intestin grêle et présentation d'une technique modifiée - Ann. of Surg. 1960, 152, 258-265.

- BLONDIN S. : Conclusions de la discussion sur les résultats en particulier les résultats éloignés de l'opération de NOBLE - Mém. Acad. Chir. 13-20 Juin 1956, 82, n° 20-21, 608-612.

- POTH E.J., WOLMA F.J. et LYNCH J.B. : La méthode de plicature dans le traitement des adhérences de l'intestin grêle - Surg. Gyn. Obst., Mars 1961, 112, n° 3, 343-349.

- WHITE R.R. : Traitement de l'occlusion intestinale récidivante due aux adhérences - Southern Med. J., av. 1961, 54, 439 - in Internat. Surg. Dig., Juill. 1961, 70, n° 7, 423-424.

- WANGENSTEEN O.H. : Les nouvelles techniques opératoires dans les occlusions intestinales - Wisconsin Med. J. Mars 1962, 61, 159.

- POTH E.J. : La plicature dans le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale récidivante - Amer. J. Surg. Sept. 1962, 104, 413-418.

- WHITE R.R. : Choix du procédé opératoire dans l'occlusion du grêle due à des adhérences - Am. Surgeon, Sept. 1962, 28; 579, in Internat. Surg. Dig., 1963, 72, n° 2, 56-57.

- FORSTER E., RICHARD C.A., COBLENTZ J. et MULLER J. : La plicature fixation du mésentère - Ann. Chir. Févr. 1963, 17, n° 3-4, C. 146-C.153.

- NGUYEN TRINH C.O. et SCHMAUSS A.D. : Nos résultats de l'opération de NOBLE modifiée par CHILDS - Bruns. Beitr. Klin. Chir. Avr. 1963, 206, n° 3, 366-372.

- X : Traitement chirurgical des adhérences intestinales récidivantes - Presse Méd., 19 Octo. 1963, 71, n° 43, 2043.

- THOMAS G.I. et Coll. : La plicature (opération de CHILDS) pour le traitement de l'occlusion intestinale récidivante - Western J. Surg., Juil.-Août 1964, 72, 243-245.

- LAPEYRIE M. et POUS J.G. : Modifications techniques à l'opération de NOBLE - Montpellier Chir., 1964, 10, n° 4, 319-323.

- EHRLER P. : Adhérences abdominales, leur prophylaxie et leur traitement chirurgical - Chirurg. Juin 1964, 35, n° 6, 251-256.

- GAUTHIER C. et QUANDALLE P. : L'entéroptychie selon la technique de CHILDS et PHILLIPS - Lille Chir. Sept-Oct. 1964, 19, n° 5, 194-206.

- CARAYON A.,RESILLOT A. et COURBIL L.J. : Intérêt de l'opération de CHILDS et PHILLIPS en pratique tropicale - Bull. Soc. Med. Afr. Noire, 4ème trim. 1964, 9, n° 4, 466-469.

- BOULVIN R. : La plicature mésentérique du grêle ou opération de CHILDS et PHILLIPS - Annal. Chir. Oct. 1964, 18, n° 21-22, 1334-1339.

- LEVY E. et DUCASSE A. : Prévention des adhérences péritonéales par l'administration locale de corticoïdes - Ann. Chir. Fev. 1965, 19, n° 3-4, C. 185-C. 190.

- MAC CARTHY J.D. et SCHARF J. : Une plicature simplifiée de l'intestin - Surg. Gyn. and Obst. Déc. 1965, 121, n° 6, 1340-1343.

- BERTAUX J. : Traitement des occlusions récidivantes du grêle : Opération de NOBLE, Opération de CHILDS et PHILLIPS - Thèse de la Faculté de Nancy, 9 Avril 1962.

- TOUPET A. : Opération de CHILDS et PHILLIPS dans "La chirurgie colique".

-=-=-=-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	1
HISTORIQUE	2
DESCRIPTION DE L'INTERVENTION	4
TECHNIQUE CHIRURGICALE	6
ETUDE COMPARATIVE DE L'OPERATION DE NOBLE ET DE L'OPERATION DE CHILDS ET PHILLIPS	
MATERIEL D'ETUDE :	12
I - Les opérations de CHILDS pour occlusions tardives.	15
II - Les opérations de CHILDS pour complications post-opératoires précoces.	23
III - Les opérations de CHILDS préventives ou prophylactiques.	34
BILAN :	57
I - Les complications après CHILDS :	57
1° - les fistules,	58
2° - les "éviscérations" ou désunions pariétales,	60
3° - les occlusions,	61
II - Les avantages.	63
III - Les inconvénients.	67
CONCLUSIONS	69
BIBLIOGRAPHIE	71

EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90